



**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI KATARAK DI
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

oleh :

Berril Kholif Arrohman

NIM 162310101177

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2020



**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI KATARAK DI
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh:

Berril Kholif Arrohman

NIM 162310101177

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2020

PERSEMBAHAN

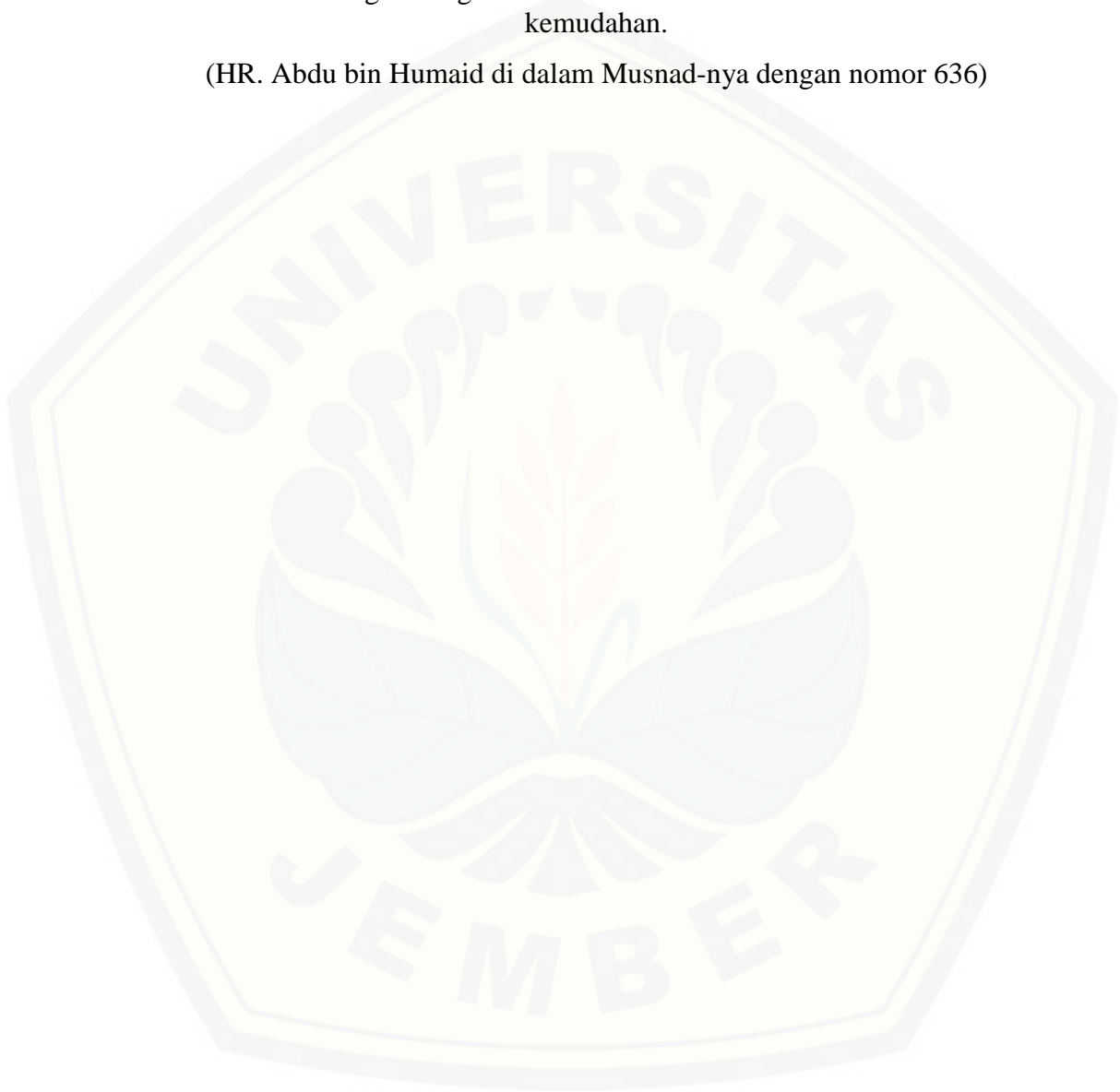
Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Abdul Fatah, Ibunda Minhajul Qowimah, serta adik saya Bellia Kholifatur Rohmah, Alfiene Fajriyal Huwaidah, serta M. Irsyadul Fathiyah yang selalu mensupport hingga saat ini;
2. Guru- guru TK Aisyiyah Bustanul Athfal Kendal, SDN Moro, SMPN 1 Lamongan, serta SMAN 2 Lamongan yang telah mengajarkan saya akan pendidikan hingga dapat melanjutkan ke jenjang perguruan tinggi;
3. Almamater Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh bapak/ ibu dosen yang telah memberikan ilmu dan bimbingan dengan sabar selama ini;
4. Teman-teman kelas D 2016 dan sahabat-sahabat saya Liyah Elsa Nur Cahyani, Akhmad Naufal Su'ud dan lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu-satu yang senantiasa membantu, memberikan semangat dan dukungannya selama proses penyelesaian skripsi ini.

MOTTO

Dan ketahuilah, sesungguhnya kemenangan itu beriringan dengan kesabaran. Jalan keluar beriringan dengan kesukaran. Dan sesudah kesulitan itu akan ada kemudahan.

(HR. Abdu bin Humaid di dalam Musnad-nya dengan nomor 636)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Berril Kholif Arrohman

NIM :162310101177

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya sendiri serta bukan karya plagiat, kecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah saya adalah hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika kemudian hari tidak benar.

Jember, 20 Mei 2020

Yang menyatakan,



Berril Kholif arrohman

NIM 162310101177

SKRIPSI

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI KATARAK DI
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA JEMBER**

Oleh

**Berril Kholif Arrohman
NIM 162310101177**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M. Kep., Sp. Kep. MB

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember” karya Berril Kholif Arrohman telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Kamis, 28 Mei 2020

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

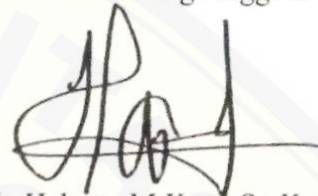
Mengetahui

Dosen Pembimbing Utama



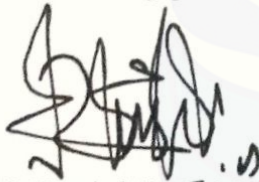
Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19800412 200604 1 002

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep. MB
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji I



Ns. Erti I. Dewi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. J
NIP. 19811028 200604 2 002

Penguji II



Ns. Yeni Fidia, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19840408 201903 2 013

Mengesahkan



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember (*Relationship between Therapeutic Communications and Anxiety Levels of Pre Operation Cataract Patients at Level III Baladhika Husada Jember Hospital*)

Berril Kholif Arrohman

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Cataract is a visual disorder in the form of turbidity in the lens, to overcome cataract, surgery is the most effective way to use. This research aims to analyze the relationship between nursing therapeutic communication and anxiety level of pre-operation cataract patients in Level III Baladhika Husada Jember Hospital. The research design of this study was analytical descriptive research and applied a cross-sectional approach. This research uses two variables, the independent variable used nursing therapeutic communication and the dependent variable used anxiety level. The nonprobability of purposive sampling used to collect the sample. There were 98 respondents collected. The data collection employs the Nursing Therapeutic Communication questionnaire used to measure the nursing therapeutic communication and APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety And Information Scale) questionnaire used to measure anxiety level. The result showed that there were 59 patients (60.2%) rated the therapeutic communication made by nurses as good meanwhile 55 patients (56.1%) considered in mild anxiety. p -value from this study is 0,001 and The r -correlation value = -0,693. The research shows that there was a strong relationship between the nursing therapeutic communication and anxiety level of pre-operation cataract patients, and the higher the nursing therapeutic communication, the lower the anxiety level of pre-operation cataract patients. It means therapeutic communication carried out by nurses is very important to reduce the anxiety level felt by patients. for this reason, improving nurses' therapeutic communication skills are essential to achieve optimal nursing care.

Keywords: *Anxiety, Cataract, Therapeutic Communication*

RINGKASAN

Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember; Berril Kholif Arrohman, 162310101177; xix + 102 halaman; Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Mata adalah alat indera yang sangat vital bagi manusia. Sebagai indera penglihatan mata memiliki peranan yang sangat penting bagi seorang individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Secara global diperkirakan 1,3 miliar orang hidup dengan masalah penglihatan. Katarak merupakan penyebab tertinggi dari kebutaan dengan presentase 51 % dari seluruh penyebab kebutaan. Katarak adalah gangguan penglihatan berupa kekeruhan pada lensa mata, hal ini dikarenakan ada gangguan metabolisme pada lensa mata dan akan berakibat pada refraksi cahaya yang masuk kedalam retina mengalami gangguan. Untuk mengatasi katarak, tindakan operasi merupakan cara yang paling efektif untuk digunakan. Proses pembedahan dengan berbagai komplikasinya adalah salah satu stressor yang akan meningkatkan tingkat kecemasan pada pasien. Menurut beberapa penelitian kecemasan yang terjadi pada pasien pre operasi akan menyebabkan berbagai dampak yang merugikan bagi pasien serta keberhasilan prosedur operasi. Komunikasi terapeutik sebagai salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan merupakan salah satu faktor yang harus di tingkatkan kualitasnya sehingga dapat menurunkan kecemasan yang terjadi pada pasien pre operasi. Hal ini dapat terjadi karena saat terjadi komunikasi terapeutik antara perawat-pasien maka akan terjadi interaksi yang bermakna dimana perawat dan pasien dapat berbagi pengetahuan, perasaan, dan informasi satu sama lain, selain itu juga akan terbina hubungan yang baik antara pasien dengan perawat yang membuat pasien bisa menerima dan memahami kondisinya sehingga kecemasan menurun.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. Penelitian ini merupakan

penelitian *deskriptif observasional analitik* dengan metode pendekatan *cross sectional*. Teknik *sampling* pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan total sampel berjumlah 98 responden yaitu pasien pre operasi katarak di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner demografi, kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat, dan kuesioner APAIS (*Amsterdam Preoperative Anxiety And Information Scale*). Uji etik penelitian No. 723/UN25.8/KEPK/DL/2019. Hasil pengukuran selanjutnya dianalisis menggunakan uji korelasi Spearman rank test dengan nilai $\alpha = 0,05$.

Hasil pengukuran variabel komunikasi terapeutik perawat didapatkan 59 pasien (60,2%) menilai komunikasi terapeutik perawat dalam kategori baik. Sedangkan pengukuran pada variabel tingkat kecemasan pasien menunjukkan bahwa 55 pasien (56,1%) berada pada tingkat kecemasan ringan. Hasil uji korelasi *Spearman rank test* menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan hasil p-value = 0,001 dengan nilai koefisien korelasi sebesar $r = -0,693$ yang menunjukkan hubungan keeratan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pada keeratan kuat. Adapun arah hubungan menunjukkan nilai negatif yang berarti bahwa semakin tinggi atau semakin baik komunikasi terapeutik perawat maka akan semakin rendah pula kecemasan yang dirasakan oleh pasien pre operasi katarak.

Proses pembedahan dengan berbagai komplikasinya adalah salah satu stressor yang akan meningkatkan tingkat kecemasan pada pasien. Menurut beberapa penelitian kecemasan yang terjadi pada pasien pre operasi akan menyebabkan berbagai dampak yang merugikan bagi pasien serta keberhasilan prosedur operasi, seperti: meningkatkan tekanan darah dan pernafasan yang dapat menyebabkan pendarahan baik pada saat operasi berlangsung ataupun pasca operasi, meningkatkan persepsi nyeri sehingga akan menyebabkan peningkatan rasa nyeri pasca operasi, menurunkan tingkat keberhasilan dari prosedur operasi karena gangguan gerakan yang diakibatkan gerakan tubuh yang tidak terkontrol pada pasien cemas, serta pasien akan mengalami penurunan konsentrasi sehingga sulit memahami penjelasan serta instruksi dari tenaga medis yang berkaitan dengan tindakan perioperatif yang seharusnya membuat pasien merasa nyaman.

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan. Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Terlebih bagi pasien yang akan menjalani prosedur operasi. Hampir sebagian besar pasien yang akan menjalani operasi mengalami kecemasan. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Komunikasi yang baik diantara mereka akan menentukan tahap operasi selanjutnya. Pasien yang cemas saat akan menjalani operasi kemungkinan mengalami efek yang tidak menyenangkan bahkan akan membahayakan. Hal ini dapat terjadi karena saat terjadi komunikasi terapeutik antara perawat-pasien maka akan terjadi interaksi yang bermakna dimana perawat dan pasien dapat berbagi pengetahuan, perasaan, dan informasi satu sama lain, selain itu juga akan terbina hubungan yang baik antara pasien dengan perawat yang membuat pasien bisa menerima dan memahami kondisinya sehingga kecemasan menurun.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Komunikasi terapeutik perawat merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pasien, oleh karena itu, diharapkan perawat dapat menggali lebih dalam kemampuan untuk melakukan komunikasi terapeutik kepada pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas perawatan secara optimal dan meningkatkan derajat kesehatan pasien.

PRAKATA

Puji Syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya akhirnya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak Di Rumah Sakit Tingkat Iii Baladhika Husada Jember”**. Skripsi ini disusun sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir pendidikan strata satu (S1) Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Dalam penyusunan skripsi ini peneliti mengalami banyak hambatan dan kesulitan namun berkat bantuan, bimbingan, pengarahan, dorongan, serta motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Dini Kurniawati, S. kep., M. Kep., Sp. Kep. Mat, Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S, Kep., M. Kep., dan Ns. Fitrio Deviantony, S. Kep., M. Kep. Selaku Komisi Bimbingan;
3. Ns. Siswoyo.,M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Mulia Hakam, M. Kep., Sp. Kep. MB selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Erti I. Dewi, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J dan Ns. Yeni Fitria, S. Kep., M. Kep. selaku dosen penguji yang senantiasa memberikan saran dan masukan sehingga skripsi ini bisa diterima dan dilakukan penelitin;
5. Bapak Abdul Fatah dan Ibu Minhajul Qowimah yang selalu memberikan dukungan, doa dan selalu berusaha mengusahakan yang terbaik hingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini;
6. Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember yang memfasilitasi penelitian ini terlaksana dengan baik;

7. Seluruh Responden Penelitian yang bersedia terlibat dalam penelitian ini;
8. Teman-teman kelas D 2016 dan teman-teman angkatan 2016 yang telah memberikan do'a dan dukungannya demi terselesaikannya penelitian ini
9. Dan semua pihak yang secara langsung dan tidak langsung membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan dalam bidang keperawatan pada umumnya terutama pihak yang mempunyai kaitan dengan disiplin ilmu keperawatan dan sebagai bahan bacaan atau sumbangan pikiran dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Akhir kata dari peneliti, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa selalu melindungi dan melimpahkan anugerah-Nya kepada kita semua.

Jember, 20 Mei 2020

Peneliti

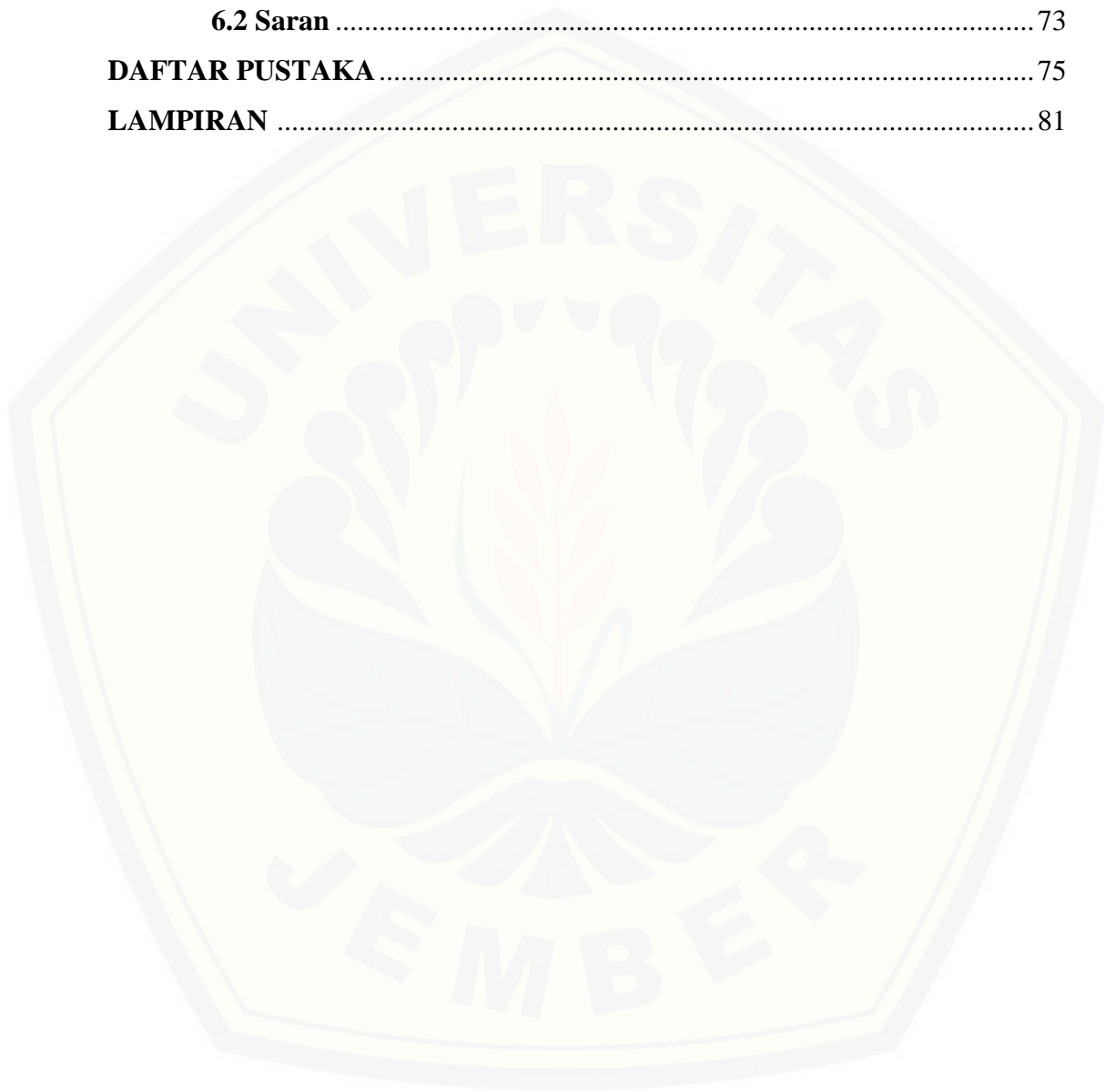
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBING	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
HALAMAN ABSTRAK	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1.PENDAHULUAN.	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Keaslian Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Katarak	8
2.1.1 Definisi Katarak	8
2.1.2 Penyebab Katarak	8
2.1.3 Tanda dan Gejala Katarak.....	9
2.1.4 Klasifikasi Katarak.....	9
2.1.5 Patofisiologi	11
2.1.6 Penatalaksanaan Katarak	12
2.2 Konsep Dasar Kecemasan	14

2.2.1 Definisi Kecemasan .	14
2.2.2 Penyebab Kecemasan	15
2.2.3 Respon terhadap Kecemasan	18
2.2.4 Tingkat Kecemasan.....	20
2.2.5 Alat Ukur Kecemasan.....	21
2.3 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik.....	23
2.3.1 Definisi Komunikasi Terapeutik.....	23
2.3.2 Manfaat dan Tujuan Komunikasi Terapeutik	24
2.3.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	25
2.3.4 Teknik Komunikasi Terapeutik	25
2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi terapeutik	28
2.3.6 Kendala Komunikasi Terapeutik	30
2.3.7 Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	31
2.3.8 Alat Ukur Komunikasi Terapeutik	33
2.4 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak.	34
2.5 Kerangka Teori	37
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	38
3.1 Kerangka Konsep.....	38
3.2 Hipotesis.....	39
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	40
4.1 Desain Penelitian	40
4.2 Populasi dan Sampel	40
4.2.1 Populasi Penelitian	40
4.2.2 Sampel Penelitian	41
4.2.3 Teknik Sampel Penelitian	42
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian	42
4.3 Tempat Penelitian	42
4.4 Waktu Penelitian.....	43
4.5 Definisi Operasional.....	44
4.6 Pengumpulan Data.....	45

4.6.1 Sumber Data.....	45
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	45
4.6.3 Instrumen Penelitian	46
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	47
4.7 Pengolahan Data	48
4.7.1 <i>Editing</i>	48
4.7.2 <i>Coding</i>	48
4.7.3 <i>Entry</i>	49
4.7.4 <i>Cleaning</i>	50
4.8 Analisis Data	50
4.8.1 Analisis Univariat	50
4.8.2 Analisis Bivariat	50
4.9 Etika Penilaian	51
4.9.1 Asas Otonomi	51
4.9.2 Prinsip Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	51
4.9.3 Prinsip Keadilan (<i>Justice</i>)	51
4.9.4 Prinsip Kemanfaatan (<i>Beneficience</i>)	52
4.9.5 Prinsip Non-Malefisien	52
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	53
5.1 Hasil Penelitian	53
5.1.1 Karakteristik Responden	53
5.1.2 Komunikasi Terapeutik Perawat.....	55
5.1.3 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak.....	57
5.1.4 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan	58
5.2 Pembahasan	59
5.2.1 Komunikasi Terapeutik Perawat.....	59
5.2.2 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak.....	63
5.2.3 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	68

5.3 Keterbatasan Penelitian	71
5.4 Implikasi Keperawatan	72
BAB 6. PENUTUP	73
6.1 Kesimpulan.....	73
6.2 Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	81



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	37
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	38



DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	7
4.1 Waktu Penelitian	43
4.2 Definisi Operasional.....	44
4.3 Blue Print Kuesioner APAIS	47
5.1 Karakteristik pasien katarak berdasarkan lama menderita katarak dan usia di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.....	53
5.2 Karakteristik pasien katarak berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, serta pekerjaan di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	54
5.3 Komunikasi Terapeutik perawat di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.....	55
5.4 Tabel Uji Normalitas Data Komunikasi Terapeutik perawat di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.....	55
5.5 Nilai Median Komunikasi Terapeutik perawat di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	56
5.6 Kualitas Komunikasi Terapeutik perawat di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada pada masing-masing fase	56
5.7 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	57
5.8 Tabel Uji Normalitas Data Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.....	57
5.9 Nilai Median Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.....	57
5.10 Tingkat Kecemasan pasien berdasarkan indikator APAIS di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada pada masing-masing fase.....	58
5.11 Tabulasi silang Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember (n=98).....	58
5.12 Analisis Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	82
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	83
Lampiran 3. Lembar Kuesioner Data Demografi	84
Lampiran 4. Lembar Kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat.....	85
Lampiran 5. Lembar Kuesioner APAIS	87
Lampiran 6. Lembar Perizinan Kuesioner	88
Lampiran 7. Lembar Studi Literatur	89
Lampiran 8. Ijin Etik Penelitian	90
Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian	91
Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian	92
Lampiran 11. Analisa Data	93
Lampiran 12. Lembar Hasil Turnitin	97
Lampiran 13. Lembar Bimbingan DPU	98
Lampiran 14. Lembar Bimbingan DPA	100
Lampiran 15. Dokumentasi.....	102

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mata adalah alat indera yang sangat vital bagi manusia. Sebagai indera penglihatan mata memiliki peranan yang sangat penting bagi seorang individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Penglihatan yang utuh dan berfungsi dengan normal akan sangat menunjang dalam proses perkembangan diri, melatih kemandirian, meningkatkan rasa aman dan nyaman serta kualitas hidup bagi seorang individu. Gangguan penglihatan yang sering terjadi disebabkan oleh trauma. Hal ini seharusnya merupakan hal yang bisa dihindari, karena apabila terjadi gangguan penglihatan yang berat maka dapat mengakibatkan kebutaan (Lubis, 2014).

Secara global diperkirakan 1,3 miliar orang hidup dengan masalah penglihatan. Katarak merupakan penyebab tertinggi dari kebutaan dengan presentase 51 % dari seluruh penyebab kebutaan yang lain seperti penyebab *idiopatik* (21%), *glaucoma* (8%), *Age related macular degeneration* (AMD) (5%), kekeruhan lensa pada anak (4%), *trachoma* (3%), *retinopati diabetic* (1%), dan lain lain. (WHO, 2019). Di Indonesia sendiri, angka kebutaan mencapai 3% dari seluruh populasi masyarakat, dengan katarak mendominasi sebagai penyebab utama kebutaan dengan prevalensi 70-80 %. Angka ini jauh diatas penyebab masalah kebutaan lainnya seperti retinopati diabetikum, maupun kelainan refraksi (Depkes, 2017).

Di wilayah Jawa Timur tingkat kejadian katarak sangat beragam. Kejadian katarak dengan kasus tertinggi di Jawa Timur yaitu terjadi di Kabupaten Sampang Madura (71,4%), disusul dengan daerah Madiun (50,0%), Pasuruan (33,3%), Jombang (30,8%), Jember (28,6%), Situbondo sebanyak (17,3%), Pasuruan (15,2%), dan Lumajang (13,5%). Penduduk yang sudah melakukan operasi katarak masih sedikit yaitu sebanyak (22,7%) dari seluruh penduduk Jawa Timur. (Risksdas, 2008 dalam Kartika, 2018). Data pasien katarak di wilayah jember menurut kunjungan yang dilakukan di berbagai rumah sakit didapatkan data di RS

Baladhika Husada Jember tercatat sebanyak 1.155 pasien pre operasi katarak pada tahun 2018, dengan rata-rata kunjungan per bulan berjumlah 96 pasien. Sedangkan jumlah pasien pre operasi katarak di RS Bina Sehat tercatat 90 kasus operasi katarak, RSD Soebandi sebanyak 24 pasien dan di Rumah sakit Balung juga sebanyak 24 pasien (Ariyanto, 2019).

Katarak adalah gangguan penglihatan berupa kekeruhan pada lensa mata, hal ini dikarenakan ada gangguan metabolisme pada lensa mata dan akan berakibat pada refraksi cahaya yang masuk kedalam retina mengalami gangguan (Ilyas, 2014 dalam suswanti, 2019). Katarak sering dijumpai pada pasien lanjut usia yaitu pada usia 65-74 tahun namun saat ini banyak juga pasien usia produktif (30-40 tahun) yang sudah mengalami katarak. Keluhan utama pada pasien katarak adalah penglihatan yang menjadi kabur. Proses penuaan, virus, genetik, penyakit metabolik seperti diabetes mellitus, traumatic karena obat - obatan streroid dan juga terpajan sinar *ultra violet* (UV) yang lama merupakan penyebab umum terjadinya katarak (Ilyas, 2014 dalam Suswanti, 2019). Untuk mengatasi katarak, tindakan operasi merupakan cara yang paling efektif untuk digunakan.

Proses pembedahan dengan berbagai komplikasinya adalah salah satu stressor yang akan meningkatkan tingkat kecemasan pada pasien (potter & Perry, 2005). Komplikasi operasi katarak sendiri dapat berupa terjadinya kerusakan endotel kornea, sumbatan pupil, glaukoma, perdarahan, fistula luka operasi, edema makula sistoid, pelepasan koroid, uveitis, dan endoftalmitis (Smeltzer & Bare, 2002). Selain itu kecemasan pada pasien pre operasi juga berkaitan dengan ketakutan akan menjalani prosedur asing, penyuntikan, nyeri luka setelah operasi, hilangnya kemandirian dan menjadi bergantung pada orang lain bahkan ancaman terjadinya kematian akibat prosedur pembedahan dan tindakan anestesi (potter & Perry, 2005).

Dalam studi pendahuluan yang dilakukan oleh Ariyanto (2019), didapatkan hasil dari 15 pasien yang diwawancarai terdapat 8 pasien mengalami khawatir tentang prosedur pembiusan dan takut gagal operasinya yang bisa menyebabkan kebutaan, dan 3 pasien mengalami gangguan dalam beraktivitas, sisanya tidak

mengalami gangguan beraktivitas dan tidak merasa khawatir maupun cemas akan kondisi kesehatannya.

Faradisi (2012) menjelaskan bahwa kecemasan akan berakibat buruk, karena akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan yang dapat menyebabkan pendarahan baik pada saat operasi berlangsung ataupun pasca operasi. Intervensi keperawatan yang tepat diperlukan untuk mempersiapkan klien baik secara fisik maupun psikis sebelum dilakukan operasi. Selain itu dalam Sugianto dkk. (2016) dijelaskan bahwa kecemasan berhubungan dengan rasa nyeri yang dirasakan pasien pada saat prosedur operasi, dimana kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri, semakin cemas pasien maka semakin parah rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. Dampak lain yang mungkin akan muncul bila kecemasan pada pasien pre operasi katarak tidak segera ditangani adalah akan menyebabkan pasien tidak bisa berkonsentrasi dan sulit memahami prosedur serta kejadian selama proses operasi maupun perawatan. Sedangkan pasien memerlukan berbagai penjelasan mengenai momen yang akan dihadapi dan rasa nyeri yang akan di rasakan setelah operasi sehingga pasien akan merasa lebih nyaman dengan prosedur operasi yang akan dijalankannya (Brunner & Suddarth, 2001).

Selain dampak yang merugikan bagi pasien itu sendiri, kecemasan yang dirasakan oleh pasien akan berdampak pada jalannya operasi. Pasien yang cemas cenderung sulit mengontrol gerakan tubuh, kepala, ataupun bola mata. Gangguan gerakan ini akan menyebabkan operator kesulitan untuk melaksanakan prosedur dengan baik (Soekardi & Hutauruk, 2004)

Penelitian yang dilaksanakan oleh Wahyuni (2015) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi tingkat kecemasan, dimana tingkat pengetahuan yang lebih baik akan membuat tingkat kecemasan lebih ringan. Salah satu cara meningkatkan ilmu pengetahuan adalah dengan membiasakan pasien agar terpapar informasi lebih sering. Keterpaparan informasi di rumah sakit ini bisa didapatkan melalui berbagai metode, yang paling efektif yaitu melalui komunikasi langsung oleh perawat kepada pasien. Rohmah (2017) menjelaskan bahwa saat terjadi komunikasi terapeutik perawat dengan pasien maka terdapat interaksi yang bermakna dimana perawat dan pasien dapat berbagi pengetahuan,

perasaan, dan informasi satu sama lain, selain itu juga akan terbina hubungan yang baik antara pasien dengan perawat yang membuat pasien bisa menerima dan memahami kondisinya sehingga kecemasan menurun.

Komunikasi adalah proses saling bertukar informasi yang bertujuan untuk mengembangkan suatu hubungan antar individu. Untuk perawat komunikasi ini sangat penting karena merupakan instrumen utama dalam menjalin hubungan dengan pasien selama proses asuhan keperawatan (Musliha & Fatmawati, 2010). Komunikasi merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang diberikan secara holistik kepada pasien. Komunikasi dalam dunia keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik dimana tujuannya adalah untuk memberikan khasiat terapi sehingga membantu proses penyembuhan pada pasien (Nurhasanah, 2009).

Berdasarkan penelitian Akbar (2013), pelaksanaan komunikasi terapeutik dinilai masih kurang dengan indeks kepuasan dari 95 responden didapatkan hasil bahwa pada fase orientasi, 23,2% responden puas dan 76,8% responden tidak puas. Pada fase kerja, 97,9% responden puas dan 2,1% responden tidak puas. Sedangkan pada fase terminasi, 11,6% responden puas dan 88,4% responden tidak puas. Hal ini menggambarkan bahwa pada fase orientasi dan terminasi komunikasi terapeutik belum dilaksanakan dengan baik.

Berdasarkan hasil penjabaran permasalahan diatas mengenai tingkat kecemasan pasien dalam menghadapi operasi katarak dan berbagai faktor yang mempengaruhinya, peneliti tertarik untuk mengambil topik mengenai hubungan antara komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat dan tingkat kecemasan yang terjadi pada pasien yang akan menjalani operasi katarak. Asumsi peneliti, perawat telah melakukan komunikasi terapeutik pada setiap pasien dan pasien juga mulai bisa mengontrol kecemasannya melalui berbagai coping maupun intervensi yang dilakukan oleh perawat, sehingga pasien menjadi kooperatif dan tindakan operasi dapat berjalan dengan lancar. Peneliti memilih Rumah Sakit Tigkat III Baladhika Husada yang merupakan rumah sakit tipe c sebagai tempat untuk melaksanakan penelitian karena rumah sakit tipe ini merupakan rumah sakit rujukan pertama BPJS dari berbagai puskesmas sebagai lembaga kesehatan terdepan dalam

berbagai permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat umum. Selain itu rumah sakit ini memiliki jumlah kunjungan tertinggi untuk pasien katarak diantara rumah sakit lain di wilayah Kabupaten Jember

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian situasi diatas, peneliti merumuskan masalah yaitu bagaimana hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yang akan dicapai dalam penelitian ini adalah untuk menganalisis bagaimana hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang akan dicapai dalam penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi pasien katarak berdasarkan usia, lama terdiagnosa katarak, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan riwayat operasi dari pasien di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
- b. Mengidentifikasi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat pada pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
- c. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre-operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
- d. Menganalisis hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat bagi Pasien

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sarana peningkatan kognitif pasien mengenai komunikasi terapeutik perawat sebelum dilakukannya prosedur operasi serta mengidentifikasi kecemasan yang dirasakan agar pasien bisa mengontrol kecemasannya sehingga prosedur operasi bisa dilaksanakan dengan lancar.

1.4.2. Manfaat bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber rujukan dalam meningkatkan pemahaman masyarakat tentang penatalaksanaan penyakit katarak serta berbagai hal yang menyertainya di rumah sakit, bagaimana perawat memberikan informasi tentang prosedur pembedahan melalui komunikasi terapeutik, dan tingkat kecemasan pasien sehingga kesadaran dalam penatalaksanaan penyakit katarak pada masyarakat semakin baik dan tercapai tingkat kesehatan yang optimal bagi masyarakat Indonesia.

1.4.3. Manfaat bagi Instansi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dan pertimbangan dalam menyusun berbagai kebijakan rumah sakit seperti regulasi kedisiplinan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik, khususnya dalam perawatan pre operasi katarak.

1.4.4. Manfaat Bagi Instansi Pendidikan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber pustaka serta sebagai acuan dalam penelitian selanjutnya terkait dengan pasien katarak.

1.4.5. Manfaat Bagi Peneliti

Bagi peneliti penelitian ini dapat menjadi sarana belajar yang sangat bermanfaat khususnya pengalaman dalam melakukan penelitian. Serta mendalami konsep yang sudah diajarkan selama proses perkuliahan.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Periooperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
Tempat Penelitian	RSD dr. Soebandi Jember	RS Tingkat III Baladhika Husada Jember
Tahun Penelitian	2015	2020
Peneliti	Sri Agus Wahyuni	Berril Kholif Arrohman
Variabel Dependen	Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak	Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak
Variabel Independen	Tingkat Pengetahuan	Komunikasi Terapeutik Perawat
Desain Penelitian	Deskriptif Analitik dengan metode <i>cross sectional</i>	Deskriptif analitik dengan metode <i>cross sectional</i>
Sampling	<i>Accidental Sampling</i>	<i>Purposive Sampling</i>
Besar Sampel	32 Responden	98 Responden
Uji Hipotesis yang digunakan	Chi Square	Spearman
Instrumen Penelitian	Kuesioner Tingkat Pengetahuan dan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (HARS)	Kuesioner Komunikasi Terapeutik Perawat dan <i>Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale</i> (APAIS)

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Katarak

2.1.1 Definisi Katarak

Katarak adalah opasitas lensa kristalina yang normalnya jernih. Pada inspeksi visual, katarak nampak abu-abu atau putih susu. Pada inspeksi dengan lampu senter, tidak timbul refeksi merah (Smeltzer & Bare. 2002). Katarak adalah kejadian lensa mata yang semakin mengeruh hal ini dapat terjadi karena penambahan cairan pada lensa, denaturasi protein lensa atau terjadi karena kedua proses ini terjadi bersamaan. Lensa yang keruh ini akan mengakibatkan penglihatan yang tidak lagi jernih dan pupil juga akan tampak putih ke abu-abuan. Kekeruhan ini akan muncul dalam berbagai bentuk dan keparahan, pasien juga tidak merasa mereka terkena katarak sampai akhirnya penglihatan mereka mulai kabur secara perlahan dan bertahap. Keluhan yang sering muncul adalah penglihatan mereka yang seperti berasap serta penurunan visus mata seiring dengan keparahan katarak yang dialami (Ilyas, 2015).

2.1.2 Penyebab Katarak

Faktor penyebab katarak menurut Nash (2013) dalam Aini (2018) dapat berasal dari beberapa faktor yaitu:

- a. Penyebab umum yang tidak lagi dapat diubah seperti gender perempuan dan riwayat keluarga katarak,
- b. Kondisi medis seperti diabetes, dehidrasi akut, gangguan atopik, hipertensi, asam urat (lebih dari 10 tahun),
- c. Trauma mata,
- d. Penyakit mata lainnya,
- e. Konsumsi obat-obatan
- f. Gaya hidup seperti kebiasaan merokok, paparan sinar matahari, konsumsi alkohol, status gizi.

Budiono (2013) juga menjelaskan bahwa katarak dapat terjadi karena :

- a. Adanya gangguan kongenital secara genetik;
- b. Proses Aging yang menyebabkan akomodasi lensa mata menurun;

- c. Kelainan sistemik seperti Diabetes Mellitus
- d. Trauma mata; dan
- e. Kelainan mata lainnya seperti glaukoma ataupun Uveitis.

2.1.3 Tanda dan Gejala Katarak

Katarak dapat diidentifikasi melalui gejala yang dilaporkan pasien seperti penurunan ketajaman penglihatan, silau yang berlebihan sampai gangguan fungsional lain karena adanya gangguan pada indera penglihatan mereka. Dalam pemeriksaan medis akan didapatkan adanya pengembunan pada pupil sehingga retina mata tidak tampak dengan pemeriksaan oftalmoskop (Smeltzer & Bare, 2002).

James (2006), menjelaskan bahwa tanda dan gejala katarak yang dirasakan oleh pasien berupa hilangnya penglihatan tanpa adanya rasa nyeri; pasien mengeluh merasa silau; dan terjadi kelainan refraksi atau pembiasan cahaya oleh lensa mata.

Budiono (2013), juga menjelaskan tanda dan gejala katarak antara lain:

- a. Penglihatan menjadi kabur, kekaburan yang dirasa bersifat perlahan dan penderita merasa seperti melihat melalui kaca yang buram;
- b. Silau, katarak akan menyebabkan gangguan pembiasan lensa akibat perubahan bentuk, struktur, dan indeks bias lensa;
- c. Gangguan penglihatan warna, lensa yang bertambah kuning atau kecoklatan akan menyebabkan gangguan dalam membedakan warna, terutama pada warna dengan spektrum cahaya biru;

2.1.4 Klasifikasi Katarak

Vaughan & Asbury (2018) mengklasifikasikan katarak sebagai berikut:

- a. Katarak terkait Usia (*Age-Related Cataract*)

Katarak terkait usia adalah katarak yang terjadi karena proses penuaan, biasanya dialami oleh pasien berusia lebih dari 55 tahun. Perubahan lensa mata yang terjadi seperti penurunan akomodasi, peningkatan ketebalan dan massa lensa yang terjadi seiring dengan penambahan usia menyebabkan peningkatan kejadian katarak pada lanjut usia. Katarak terkait usia biasanya lambat secara progresif. Jika operasi diindikasikan, ekstraksi lensa meningkatkan ketajaman

visual di lebih dari 90% kasus. Sisa pasien memiliki kerusakan retina yang sudah ada sebelumnya, atau, dalam kasus yang jarang, mengembangkan komplikasi yang mencegah perbaikan visual yang signifikan, misalnya, perdarahan intraokular perioperatif, atau infeksi, ablasi retina, atau glaukoma pasca operasi.

b. Katarak pada Anak-Anak

Katarak yang terjadi pada anak-anak terdiri dari:

1. *Infantile Cataracts*

Infantile cataracts atau biasa disebut katarak kongenital adalah katarak yang muncul sejak bayi baru lahir atau segera setelah bayi itu dilahirkan. Katarak kongenital yang menyebabkan kehilangan penglihatan secara signifikan harus dideteksi sejak dini. Katarak dapat muncul sebagai leukocoria (pupil putih) yang bisa terlihat oleh orang tua, tetapi banyak juga katarak padat tidak dapat dilihat oleh orang tua. Jenis katarak ini harus segera dilakukan prosedur operasi untuk menghindari kebutaan secara permanen.

2. *Acquired Cataracts*

Katarak didapat (*Acquired cataracts*) biasa disebabkan oleh trauma tumpul maupun tajam, infeksi, diabetes, atau karena obat-obatan tertentu. Jenis katarak ini lebih sering diderita oleh anak usia tiga bulan sampai sembilan tahun, kebanyakan tidak memerlukan perawatan darurat seperti katarak infantil, karena anak-anak biasanya sudah mulai beranjak dewasa dan sistem indera penglihatannya sudah mulai baik. Proses bedah bisa dilakukan dengan alasan tertentu, tetapi observasi secara rutin dengan pengujian ketajaman visual subjektif sangat membantu.

c. Katarak Traumatik

Katarak traumatik paling sering disebabkan oleh cedera benda asing pada lensa atau trauma tumpul pada mata. Senapan angin dan kembang api sering menjadi penyebab; penyebab yang lebih jarang termasuk panah, batu, memar, dan radiasi ionisasi. Kebanyakan katarak traumatis dapat dicegah. Kerusakan terjadi pada kapsula lensa yang menyebabkan *aquous humour* atau badan vitreus masuk ke

dalam lensa. Hal ini akan menyebabkan lensa mata menjadi keruh. Katarak traumatik dapat di klasifikasikan sebagai berikut :

1. Katarak Komplikasi (*complicated cataracts*)

Katarak dapat berkembang sebagai efek langsung dari penyakit intraokular pada fisiologi lensa (misalnya, uveitis berulang yang parah). Katarak terjadi secara perlahan sampai akhirnya menutupi seluruh lensa mata. Penyakit penyakit intraokular lain dianggap memberikan peranan penting terhadap terjadinya katarak. Prognosis visualnya tidak sebaik katarak yang berkaitan dengan usia karena penyakit mata yang mendasarinya.

2. Katarak berhubungan dengan Penyakit Sistemik (*Cataract Associated With Systemic Disease*)

Penyakit penyakit sistemik juga berperan dalam proses terjadinya katarak. Penyakit penyakit sistemik ini akan mempengaruhi regulasi cairan menuju lensa yang akan menimbulkan gangguan pada lensa mata. Katarak yang terjadi biasanya mengenai kedua mata (*bilateral cataract*).

3. Katarak Toksik (*Drug-induced Cataract*)

Penggunaan obat obatan tertentu secara sistemik dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan kekeruhan pada lensa. Namun kasus katarak toksik ini sangat jarang terjadi.

2.1.5 Patofisiologi Katarak

Lensa mata memiliki tiga struktur anatomis yang membentuknya, pada bagian tengah terdapat nukleus, di bagian tepi ada korteks dan yang membungkus keduanya adalah kapsul anterior dan posterior. Lensa yang normal memiliki struktur iris yang jernih, transparan, memiliki bentuk seperti kancig baju dan memiliki kekuatan refraksi yang kuat. Pada proses penuaan, nukleus akan mengalami perubahan warna menjadi berwarna coklat kekuningan. Disekitar nuklus akan didapatkan kekeruhan dan pepadatan berbentuk seperti kristal saju. Kekeruhan pada kapsul posterior inilah yang dinamakan dengan katarak (Smeltzer & Bare, 2002).

Terdapat beberapa teori yang menjelaskan proses terjadinya katarak. Proses terputusnya asupan protein pada lensa normal yang diikuti dengan adanya influks

cairan yang masuk kedalam lensa akan mematahkan srabut lensa yang menengang sert akan mengganggu proses transmisi sinar. Pendapat lain mengatakan bahwa enzim enzim yang menjaga lensa dari proses degenerasi mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya usia, sampai akhirnya enzim ini tidak lagi ditemukan pada kebanyakan pasien katarak. Katarak biasanya menyerang kedua bola mata namun dengan kecepatan perkembangan yang berbeda. Alkohol, obat-obatan, merokok, asupan antioksidan yang kurang dari batas normal, penyakit diabetes, serta paparan sinar ultraviolet menjadi faktor yang paling sering dalam proses terjadinya katarak (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.6 Penatalaksanaan Katarak

Katarak dapat disembuhkan dengan prosedur operasi ataupun tanpa prosedur operasi. Namun beberapa jenis katarak yang sudah matur harus dilakukan operasi untuk menyembuhkannya. Proses operasi ini adalah dengan mengangkat lensa mata yang mengalami kekeruhan dan sekaligus ditanamkan lensa intaokuler atau dengan memasang kacamata *aphakia* dan kontak lensa. Proses operasi ini meningkatkan risiko infeksi pada mata, untuk itu harus terus dijaga agar tidak terjadi infeksi pada mata. Jika gejala gejala yang timbul pada pasien katarak tidak mengganggu aktivitas penglihatan maka prosedur operasi tidak perlu untuk dilaksanakan. Pengambilan keputusan pembedahan sendiri sifatnya sangat individual, serta diperlukan dukungan baik secara mental dan finansial dari keluarga terdekat (Smeltzer & Bare, 2002).

Prosedur operasi katarak baik ICCE maupun ECCE dalam penatalaksanaan operasi sendiri tidak terlepas dari tindakan keperawatan perioperatif. Keperawatan perioperatif merupakan suatu gambaran dari berbagai fungsi keperawatan yang berhubungan dengan proses operasi pada pasien. Perioperatif memiliki 3 tahapan yakni preoperatif, intraoperatif, postoperatif (Smeltzer dan Bare, 2002). Fase preoperatif yaitu dimulai ketika penagambilan keputusan akan dilakukan tindakan operasi sampai dipindah ke meja operasi. Fase intraoperatif yaitu dimulai ketika pasien sudah berada di meja operasi hingga berada di ruang pemulihan. Fase pascaoperatif yaitu pasien sudah berada diruang pemulihan (recovery room) hingga pasien dalam keadaan sadar (Muttaqin dan Sari, 2013).

Prosedur operasi biasanya dilakukan oleh orang-orang yang menginginkan penglihatannya kembali secara cepat karena alasan pekerjaan serta keselamatan mereka. Dengan proses operasi ini bisa didapatkan koreksi penglihatan yang cukup signifikan dari keadaan yang mungkin bisa mengancam keamanan dan kenyamanan serta kualitas hidup pasien seperti kelainan saraf optikus atau penyakit retina, penyakit sistemik (diabetes melitus), dan penyakit mata lainnya. Operasi katarak paling sering dilakukan pada pasien yang usianya lebih dari 65 tahun, dengan tingkat keberhasilan mencapai 95% (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Smeltzer & Bare (2002), ada dua teknik untuk mengatasi katarak, yaitu :

1. Ekstraksi Katarak Intrakapsuler (ICCE)

ICCE (*Intra Capsular Cataract Extraction*) merupakan prosedur operasi katarak dengan cara mengangkat seluruh struktur lensa secara utuh. Prosedur pertama adalah dengan cara memisahkan *zonula*, selanjutnya adalah pengangkatan lensa menggunakan *cryoprobe* dan meletakkannya di *kapsula lentis*. Ketika *cryoprobe* ini diletakkan langsung pada *kapsula lentis*, kapsul ini akan langsung melekat pada probe. Teknik ini biasa disebut dengan teknik bedah beku, yang bekerja dengan prinsip bahwa logam yang dingin akan menempel pada benda dengan kondisi lembab. Proses selanjutnya adalah pengangkatan lensa secara lembut. Prosedur ICCE ini sulit dijumpai karena sudah ada prosedur yang lebih baru dan aman (Smeltzer & Bare, 2002).

2. Ekstraksi Katarak Ekstrakapsuler (ECCE)

ECCE (*Extracapsular Cataract Extraction*) merupakan prosedur yang paling populer digunakan untuk pengangkatan katarak pada saat ini dengan presentase 98%. ECCE menggunakan mikroskop untuk melihat struktur mata pada saat prosedur operasi. Pada prosedur ini sebagian struktur lensa dibiarkan tetap utuh agar tetap menjaga bentuk lensa, sehingga dapat menurunkan tingkat kejadian komplikasi yang parah. Contoh prosedur ECCE adalah fakoemulsifikasi (Smeltzer & Bare, 2002).

Prosedur operasi katarak baik ICCE maupun ECCE dalam penatalaksanaan katarak sendiri tidak terlepas dari tindakan keperawatan periooperatif.

Keperawatan perioperatif merupakan suatu gambaran dari berbagai fungsi keperawatan yang berhubungan dengan proses operasi pada pasien. Perioperatif memiliki 3 tahapan yakni preoperatif, intraoperatif, postoperatif (Smeltzer dan Bare, 2002).

Fase preoperatif yaitu dimulai ketika penagambilan keputusan akan dilakukan tindakan operasi sampai dipindah ke meja operasi. Fase intraoperatif yaitu dimulai ketika pasien sudah berada di meja operasi hingga berada di ruang pemulihan. Fase pascaoperatif yaitu pasien sudah berada diruang pemulihan (recovery room) hingga pasien dalam keadaan sadar (Muttaqin dan Sari, 2013).

Proses pembedahan dengan berbagai komplikasinya adalah salah satu stressor yang akan meningkatkan tingkat kecemasan pada pasien. Selain itu kecemasan pada pasien juga berkaitan dengan ketakutan akan menjalani prosedur asing, penyuntikan, nyeri luka setelah operasi, hilangnya kemandirian dan menjadi bergantung pada orang lain bahkan ancaman terjadinya kematian akibat prosedur pembedahan dan tindakan anastesi (potter & Perry, 2005).

2.2 Konsep Dasar Kecemasan

2.2.1 Definisi kecemasan

Dalam menjalani kehidupan sehari-hari tentu akan menghadapi berbagai tuntutan, kompetisi, dan juga masalah yang akan berpengaruh terhadap kesehatan tubuh manusia baik secara fisik maupun psikologis. Dampak psikologis yang muncul salah-satunya adalah kecemasan (Yusuf dkk., 2015). Kecemasan merupakan perasaan takut yang tidak jelas diikuti oleh rasa ketidakpastian, tidak berdaya, rasa tidak nyaman serta isolasi diri terhadap berbagai kejadian dalam menjalani aktivitas sehari hari (Stuart, 2013).

2.2.2 Penyebab kecemasan

Stuart (2013) menjelaskan bahwa secara umum ada dua faktor yang menyebabkan terjadinya kecemasan, diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan berbagai faktor pemungkin yang bisa dipakai oleh seorang individu sebagai acuan dalam mengatasi kecemasan, faktor predisposisi terdiri dari :

1. Faktor Biologis.

Mayoritas penelitian menunjukkan bahwa disfungsi pada suatu sistem lebih berpengaruh menimbulkan kecemasan daripada disfungsi pada satu pengantar saraf tertentu. Sistem tersebut terdiri dari: Sistem *Gamma Aminobutyric Acid* (GABA), Sistem *Norepinefrin*, dan Sistem *Serotonin*. Sistem-sistem ini meregulasi cemas melalui fungsi masing-masing di dalam tubuh.

2. Faktor Keluarga.

Gangguan kecemasan juga dapat terjadi pada anggota keluarga. Meskipun tidak ada gen tunggal ataupun gen yang secara spesifik yang membawa kerentanan akan terjadinya kecemasan. Hal ini lebih banyak disebabkan oleh peran penting yang dimainkan oleh lingkungan terdekat dalam hal ini adalah anggota keluarga.

3. Faktor Psikologis.

Para ahli percaya bahwa orang-orang yang telah terpapar oleh rasa takut secara intens di awal kehidupannya cenderung akan mengalami gangguan kecemasan di kemudian hari. Sehingga pola asuh orang tua keada anak serta sikap dan perilaku yang ditunjukkan oleh orang tua juga akan mempengaruhi anak. Jika orang tua menunjukkan rasa cemas terhadap berbagai hal ringan dalam kehidupan sehari-hari maka anak akan mencontoh pola yang sama. Sebaliknya, jika orang tua menunjukkan hal-hal positif dari rasa cemas yang dialami maka anak juga akan belajar mengenai coping stres yang positif.

4. Faktor Behavioral

Kecemasan dapat terjadi ketika suatu pencapaian yang diharapkan tidak berjalan dengan baik, dalam hal ini kecemasan muncul sebagai rasa frustrasi yang disebabkan oleh ekpektasi yang tidak bisa didapatkan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus dari kecemasan terdiri dari dua kategori, yaitu:

1. Ancaman terhadap Integritas Fisik.

Faktor ini meliputi berbagai hal yang berhubungan dengan berbagai potensi akan terjadinya kecacatan fisik atau hambatan dan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2. Ancaman terhadap Sistem Kemandirian.

Selain ancaman terhadap integritas fisik faktor lain yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah berbagai hal yang dapat membuat seseorang beresiko kehilangan identitas, harga diri, dan juga integrasi terhadap berbagai fungsi sosial.

Sedangkan dalam kasus pre operasi, Kaplan dan Sadock (2010) menjelaskan bahwa kecemasan pasien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1. Usia;

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita.

2. Pengalaman pasien menjalani operasi;

Pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman-pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada individu terutama untuk masa-masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang operasi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan operasi.

3. Konsep diri dan peran;

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi individu berhubungan dengan orang lain. Menurut Stuart & Sundeen (1991) peran adalah pola sikap perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di

masyarakat. Banyak faktor yang mempengaruhi peran seperti kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran, konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran, kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang dijalankannya. Juga keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran. Disamping itu pemisahan situasi karena adanya prosedur operasi akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran, jadi setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisinya pada setiap waktu. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

4. Tingkat pendidikan;

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

5. Tingkat sosial ekonomi;

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik. Berdasarkan hasil penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi psikiatriknya lebih banyak. Jadi keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien yang akan menghadapi tindakan operasi.

6. Kondisi medis;

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Sebaliknya pada pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

7. Akses informasi;

Adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi adalah segala penjelasan yang didapatkan pasien sebelum pelaksanaan tindakan operasi terdiri dari tujuan operasi, proses operasi, resiko dan komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi.

8. Proses adaptasi;

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai ke seimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

9. Jenis tindakan medis;

Adalah klasifikasi suatu tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada inte gritas tubuh dan jiwa seseorang (Long, 1996). Semakin mengetahui tentang tindakan operasi, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

10. Komunikasi terapeutik.

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Terlebih bagi pasien yang akan menjalani prosedur operasi. Hampir sebagian besar pasien yang akan menjalani operasi mengalami kecemasan. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Komunikasi yang baik diantara mereka akan menentukan tahap operasi selanjutnya. Pasien yang cemas saat akan menjalani operasi kemungkinan mengalami efek yang tidak menyenangkan bahkan akan membahayakan.

2.2.3 Respon terhadap kecemasan

Respon seorang individu dalam menghadapi rasa cemasnya sangat berfluktuasi mulai dari respon adaptif sampai dengan maladaptif. Antisipasi merupakan respon paling adaptif dimana pada fase ini seorang individu selalu siap

untuk menghadapi rasa cemas yang mungkin akan ia rasakan. Sedangkan jika seorang individu tidak lagi dapat merespon rasa cemasnya bahkan sampai mengalami gangguan fisik maupun psikososial adalah respon paling maladaptif dari respon cemas, fase ini disebut dengan fase panik (stuart, 2013).

Stuart (2013) menjelaskan bahwa upaya dalam menangani kecemasan pada individu itu sendiri disebut dengan mekanisme koping, mekanisme koping akan berespon secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku karena timbulnya kecemasan. Perubahan yang terjadi meliputi :

a. Respon Fisiologis

Respon fisiologis yang muncul meliputi perubahan pada sistem kardiovaskular (palpitasi, denyut nadi menurun, tekanan darah meningkat, dan lain lain), perubahan dalam sistem pernafasan seperti pola nafasnya menjadi cepat dan pendek, sistem gastro intestinal juga berubah ditandai dengan nafsu makan yang menurun serta rasa tidak nyaman pada perut, selain itu juga individu yang mengalami kecemasan akan gugup, pusing, gelisah, individu juga akan terlihat berkeringat dan lebih sering berkemih.

b. Respon Perilaku

Respon perilaku yang muncul adalah gelisah, tremor, ketegangan fisik, reaksi terkejut, gugup, bicara cepat, menghindar, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.

c. Respon Kognitif

Respon kognitif yang muncul adalah gangguan perhatian, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, menurunnya lapangan persepsi dan kreatifitas, bingung, takut, dan kehilangan kontrol.

d. Respon Afektif

Respon afektif yang sering muncul adalah sensitif dan mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Peplau (1963) dalam Stuart (2013) mengidentifikasi empat tingkat kecemasan dan dijelaskan efeknya:

- a. Kecemasan ringan, terjadi ketegangan dalam aktivitas sehari-hari. Selama tahap ini orang tersebut waspada dan bidang persepsi meningkat. Orang tersebut melihat, mendengar, dan memahami situasi lebih dari sebelumnya. Kecemasan semacam ini dapat memotivasi pembelajaran dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- b. Kecemasan sedang, di mana orang tersebut hanya berfokus pada masalah langsung, melibatkan penyempitan bidang persepsi. Orang tersebut melihat, mendengar, dan memahami keadaan lebih sedikit dari sebelumnya. Orang tersebut memblokir area yang dipilih tetapi dapat menangani lebih banyak jika diarahkan untuk melakukannya.
- c. Kecemasan berat, ditandai dengan berkurangnya bidang persepsi secara signifikan. Orang tersebut cenderung fokus pada detail tertentu dan tidak memikirkan hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghilangkan kecemasan, dan diperlukan banyak arahan untuk fokus pada bidang lain.
- d. Panik, dikaitkan dengan ketakutan dan teror, karena orang yang mengalami panik tidak dapat melakukan hal-hal bahkan dengan arahan. Peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang terdistorsi, dan hilangnya pemikiran rasional adalah semua gejala panik. Orang yang panik tidak dapat berkomunikasi atau berinteraksi secara efektif. Tingkat kecemasan ini tidak dapat bertahan selamanya, karena tidak sesuai dengan kehidupan. Kepanikan yang berkepanjangan akan menyebabkan kelelahan dan kematian. Tetapi kepanikan dapat diatasi dengan aman dan efektif.

Tingkat kecemasan yang dirasakan oleh pasien pre operasi katarak dapat mempengaruhi kelancaran prosedur operasi yang akan dilakukan. Pasien yang mengalami kecemasan akan kesulitan mengontrol gerakan tubuhnya, sehingga muncul gerakan tubuh dan kepala yang tidak beraturan ataupun gerakan bola mata yang tidak disengaja. Gangguan gerakan ini akan menyebabkan operator kesulitan

untuk melaksanakan prosedur dengan baik. Pengetahuan yang lebih baik dari pasien akan membuat pasien lebih baik dalam mengontrol kecemasannya dan semakin kooperatif dalam prosedur operasi (Soekardi & Hutauruk, 2004).

Wahyuni (2015) menjelaskan peningkatan pengetahuan yang dapat dilakukan secara efektif pada pasien perioperatif adalah melalui peningkatan kualitas komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat. Selain meningkatkan pengetahuan komunikasi terapeutik juga dapat menurunkan kecemasan yang dirasakan oleh pasien. Saat terjadi komunikasi terapeutik perawat dengan pasien maka terdapat interaksi yang bermakna dimana perawat dan pasien dapat berbagi pengetahuan, perasaan, dan informasi satu sama lain, selain itu juga akan terbina hubungan yang baik antara pasien dengan perawat yang membuat pasien bisa menerima dan memahami kondisinya sehingga kecemasan menurun (Rohmah, 2017)

2.2.5 Alat Ukur Kecemasan

Ada berbagai alat untuk mengukur tingkat kecemasan yang digunakan dalam penelitian, diantaranya yaitu:

a. *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*

DASS terdiri dari 42 pertanyaan yang mengevaluasi bagaimana perasaan responden saat ini dan menggambarkan perasaan mereka pada skala empat poin berikut : 1) Tidak sama sekali, 2) Agak, 3) Sedang, 4) Sangat banyak. Jumlah skor pada semua item merupakan skor individu. Jumlah dari skor akan dikategorikan dalam: 1) Kecemasan Ringan (<10), 2) Kecemasan Sedang (10-14), 3) Kecemasan Berat (15-19), dan 4) Panik (>19) (Annisa & Suhermanto, 2019). Skala Pengukuran DASS (Depression Anxiety Stress Scale) yang di pelopori oleh Lovibond (1995) ini merupakan alat uji instrumen yang sudah baku dan tidak perlu di uji validitas lagi (Ariyanto, 2019).

b. *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*

Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) dikembangkan oleh Moerman pada tahun 1996. Pada awalnya ditulis dalam bahasa Belanda. Kuesioner tersebut terdiri dari enam item laporan diri yang mewakili kecemasan dan kebutuhan akan informasi pada lima poin skala Likert.

Dari versi Belanda asli, kuesioner telah diterjemahkan ke berbagai bahasa lain seperti Inggris, Jepang, Prancis, dan Jerman dengan reliabilitas dan validitas yang konsisten. APAIS adalah instrumen sederhana dan dapat diandalkan yang dapat menjadi alat standar untuk menilai kecemasan pra operasi di seluruh dunia (Zakariah dkk., 2015). Untuk itu kuesioner ini digunakan dalam penelitian ini.

c. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Beberapa instrumen telah dilaporkan untuk digunakan untuk menilai kecemasan pra operasi dan salah satu metode yang paling umum digunakan adalah State-Trait Anxiety Inventory (STAI) milik Spielberger. STAI terdiri dari dua bagian terpisah yang masing masing bagian terdiri dari 20 pernyataan untuk mengukur sifat kecemasan dan status kecemasan responden. Namun, STAI dapat menjadi tidak taktis dan agak memakan waktu untuk penilaian pra operasi karena daftar panjang pertanyaan non-spesifik (Zakariah dkk., 2015).

d. *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Menurut Hawari (2008) dalam Wahyuni (2015) Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya tanda gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Alat ukur *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) terdiri dari 14 kelompok gejala, meliputi:

1. perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung;
2. ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu;
3. ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar dll;
4. gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk;
5. gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi;
6. perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tiak menyenangkan sepanjang hari;
7. gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot;

8. gejala sensori: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah;
9. gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap;
10. gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek;
11. gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas diperut;
12. gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi;
13. gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala;
14. perilaku sewaktu wawancara: gelisah jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang.

2.3 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.3.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah kegiatan terencana yang dilakukan oleh perawat dalam mempelajari kondisi pasien dengan membangun kedekatan dan rasa saling percaya. Kegiatan tersebut berfokus pada kebutuhan pasien namun yang memimpin dan merencanakan adalah seorang profesional (Potter & Perry, 2005).

Komunikasi terapeutik adalah suatu kegiatan yang dalam keadaan sadar telah direncanakan dengan tujuan kegiatannya berpusat pada kesembuhan pasien (Indrawati, 2003). Komunikasi terapeutik merupakan suatu kegiatan membangun hubungan saling percaya dan saling mengerti antara perawat dengan pasien. Hal yang mendasari komunikasi terapeutik yaitu adanya hubungan saling membutuhkan diantara perawat dengan pasien yaitu perawat membantu dan pasien menerima bantuan dari perawat (Indrawati, 2003).

Keterampilan dalam melakukan komunikasi terapeutik sangat penting bagi perawat karena dapat membantu proses penyembuhan pasien. Dengan memiliki keterampilan komunikasi terapeutik, perawat akan lebih mudah dalam membangun rasa saling percaya dengan pasien sehingga tujuan dalam asuhan keperawatan dapat tercapai dengan baik dan pasien dapat merasakan kepuasan terhadap pelayanan profesional keperawatan (Damayanti, 2008).

2.3.2 Manfaat dan Tujuan Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik adalah untuk membangun perasaan saling membantu antara perawat dengan pasien melalui hubungan interpersonal, mendorong pasien untuk terbuka kepada perawat mengenai apa yang dirasakannya, melakukan pengkajian terhadap kondisi pasien dan melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat, membantu pasien dalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapinya dan memberikan asuhan keperawatan secara optimal (Indrawati, 2003).

Tujuan dilakukannya komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien adalah untuk membantu dan memberikan penjelasan kepada pasien mengenai kondisinya agar mereka tidak merasa khawatir akan keadaannya, hal tersebut diharapkan dapat mengurangi atau bahkan menghilangkan kecemasan pada pasien (Mulyani, dkk., 2008). Selain itu juga untuk mempengaruhi pasien dalam mengambil tindakan positif yang dapat mendukung proses penyembuhan, dan membantu mengurangi beban pikiran serta perasaan negatif pada diri pasien dengan senantiasa memberikan pengertian dan penjelasan mengenai kondisi yang sedang dialami pasien. Kualitas hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien sangat berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, apabila perawat tidak mampu mencapai kualitas hubungan interpersonal yang baik maka hubungan antara perawat dengan pasien merupakan hubungan sosial biasa dan tidak memberikan dampak terapeutik terhadap kesembuhan pasien (Indrawati, 2003).

Komunikasi terapeutik juga mampu meningkatkan kualitas hubungan interpersonal diantara perawat dengan pasien. Kegiatan tersebut memerlukan

keterampilan khusus karena perawat diharuskan untuk dapat mengidentifikasi respon verbal maupun non-verbal pada pasien (Potter & Perry, 2005).

2.3.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik yaitu sebagai berikut (Arwani 2003):

a. Ikhlas (*Genuiness*)

Perawat harus bisa menerima dengan baik seluruh perasaan positif maupun negatif yang dimiliki oleh pasien, dan proses pendekatan pada pasien dengan mengidentifikasi respon verbal dan non verbal pada pasien dapat membantu proses penyembuhan dengan cepat karena dapat mempermudah pasien dalam menjelaskan apa yang mereka rasakan.

b. Empati (*Empathy*)

Empati merupakan suatu penilaian dan penerimaan terhadap kondisi pasien secara jujur, objektif, dan tidak berlebihan.

c. Hangat (*Warmth*)

Sikap hangat yang diberikan oleh perawat kepada pasien dapat membantu pasien dalam mengungkapkan apa yang dirasakannya tanpa rasa takut, sehingga mempermudah pasien dalam mengungkapkan perasaannya secara lebih detail.

2.3.4 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut Damayanti (2008) teknik komunikasi terapeutik dilakukan dengan cara:

a. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Perhatikan pasien ketika berbicara, mempertahankan kontak mata yang menunjukkan adanya keinginan untuk mendengarkan segala keluhan kesah pasien, posisi tubuh yang menunjukkan keterbukaan dengan tidak menyilangkan tangan dan kaki, berikan respon atau tanggapan terhadap apa yang telah disampaikan oleh pasien misalnya dengan anggukan kepala.

b. Menunjukkan penerimaan

Menunjukkan rasa penerimaan bukan berarti menyetujui semua yang diucapkan oleh pasien. Perasaan menerima yaitu siap mendengarkan cerita

orang lain dengan tidak menunjukkan adanya keraguan atau penolakan. Seorang perawat sebaiknya menghindari respon negatif seperti gerakan mengerutkanmkening dan menggelengkanmkepala ketika berkomunikasi dengan pasien, karena hal tersebut menunjukkan perasaan ragu dan tidak setuju terhadap apa yang diungkapkan oleh pasien.

c. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan.

Perawat dapat memperoleh informasi yang spesifik mengenai kondisi pasien dengan cara bertanya langsung kepada pasien yang bersangkutan ataupun kepada anggota keluarga pasien.

d. Mengulangi pertanyaan yang berkaitan dengan menggunakan kata-kata sendiri.

Dengan memberikan respon atau umpan balik terhadap apa yang telah disampaikan oleh pasien kepada perawat, pasien akan mengetahui bahwa perawat memahami dan mengerti dengan apa yang mereka sampaikan sehingga pasien akan mengharapkan komunikasi tetap berlanjut. Namun dalam penggunaan metode ini perawat sebaiknya lebih berhati-hati karena dikhawatirkan terjadi salah arti pada saat pengucapan ulang.

e. Klarifikasi

Klarifikasi merupakan suatu tindakan yang dapat dilakukan ketika pasien mengemukakan informasi, ketika seorang perawat merasa ragu dengan apa yang didengar, tidak mendengar dengan jelas apa yang diucapkan pasien, atau ketika perawat sedang tidak fokus sehingga tidak mendengar apa yang diucapkan oleh pasien.

f. Memfokuskan

Memfokuskan merupakan salah satu cara bagi perawat untuk memberikan batas bagi pasien agar topik komunikasi lebih spesifik dan bisa diterima dengan baik informasinya. Namun perawat harus berhati hati dalam melakukan metode ini agar tidak memutus alur pembicaraan dengan pasien.

g. Menyampaikan hasil observasi

Dalam proses komunikasi terapeutik antara pasien dengan perawat, perawat juga harus menyampaikan pendapat dan hasil pengamatan yang telah ia dapat untuk memberikan umpan balik bagi pasien, sehingga pasien merasa informasi

yang ia sampaikan dapat di terima dan mendapatkan solusi dari apa yang ia keluhkan.

h. Menawarkan informasi

Tawaran informasi bagi pasien ini bertujuan untuk memberikan pemahaman dan pendalaman yang lebih baik atas apa yang dirasakan oleh pasien.

i. Diam

Memberikan kesempatan bagi pasien untuk diam ini akan memberikan waktu bagi pasien untuk berkomunikasi lebih dalam dengan dirinya sendiri, teknik ini sangat membantu ketika pasien dihadapkan pada situasi untuk mengambil keputusan

j. Meringkas

Teknik ini memiliki tujuan untuk mengingat kembali semua topik yang telah dibahas dengan cara pengulangan ide utama secara singkat dan padat.

k. Memberikan penghargaan

Memberikan penghargaan bagi pasien bertujuan untuk memberikan pengertian bahwa komunikasi ini bermakna baik atau buruk.

l. Menawarkan diri

Perawat menyediakan diri tanpa respon bersyarat atau respon yang diharapkan.

m. Memberi kesempatan kepada pasien untuk memulai pembicaraan

Memberikan pada pasien kesempatan untuk memulai dan memilih topik pembicaraan.

n. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini menganjurkan pasien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa pasien sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan.

o. Menempatkan kejadian secara berurutan.

Menempatkan kejadian secara teratur akan menolong perawat dan pasien untuk melihatnya dalam suatu perspektif. Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan pasien untuk melihat kejadian berikutnya sebagai akibat kejadian yang pertama.

- p. Memberikan kesempatan pada pasien untuk menguraikan persepsinya.
Jika perawat ingin mengerti pasien maka perawat harus melihat segala sesuatunya dari persepsi pasien, maka perawat harus memberikan kebebasan pada pasien untuk menguraikan persepsinya.
- q. Refleksi
Memberikan kesempatan pada pasien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.
- r. Asertif
Kemampuan dengan secara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain. Kemampuan asertif antara lain: berbicara jelas, mampu menghadapi manipulasi pihak lain tanpa menyakiti hatinya (berani mengatakan tidak tanpa merasa bersalah), melindungi diri dari kritik.
- s. Humor
Humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan: tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stres, dan meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan.

2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi terapeutik

Menurut Potter & Perry (2005) ada sepuluh hal yang dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik seseorang, yaitu:

1. Perkembangan
Tingkat perkembangan seseorang bervariasi dan secara langsung berhubungan dengan perkembangan neurologi dan intelektual (Whaley & Wong, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Untuk dapat berkomunikasi secara efektif dengan pasien dari tingkat perkembangan yang berbeda, perawat harus menggunakan teknik khusus dalam memahami pengaruh perkembangan bahasa dan proses berpikir pasien.
2. Persepsi
Persepsi adalah pandangan pribadi atas apa yang terjadi. Persepsi pasien terhadap maksud perawat akan mempengaruhi keinginannya untuk berbicara.

Perbedaan persepsi antara pasien dan perawat dapat menjadi kendala dalam komunikasi.

3. Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi tingkah laku. Perawat sebaiknya tidak membiarkan nilai pribadi mempengaruhi hubungan profesional. Gerkan tubuh yang menghakimi akan menghancurkan kepercayaan dan mengganggu komunikasi efektif.

4. Emosi

Emosi adalah perasaan subjektif seseorang atas peristiwa tertentu. Cara seseorang bersosialisasi atau berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh emosi, karena emosi dapat menyebabkan seseorang salah menginterpretasikan sesuatu atau tidak mendengar pesan yang disampaikan.

5. Latar belakang sosiokultural

Perawat belajar untuk mengetahui makna budaya dalam proses komunikasi. Pengaruh kebudayaan menetapkan batas bagaimana seseorang bertindak dan berkomunikasi. Budaya juga mempengaruhi metode komunikasi tentang gejala atau perasaan menderita pada orang lain.

6. Gender

Pria dan wanita mempunyai gaya komunikasi yang berbeda dan satu sama lain saling mempengaruhi proses komunikasi secara unik.

7. Pengetahuan

Komunikasi dapat menjadi sulit ketika orang yang berkomunikasi memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat harus menggunakan bahasa yang umum agar pasien dapat memahami maksud perawat. Pesan akan menjadi tidak jelas jika kata kata dan ungkapan yang digunakan tidak dikenal oleh pasien.

8. Peran dan hubungan

Individu berkomunikasi dalam tatanan yang tepat menurut hubungan dan peran mereka. Komunikasi akan menjadi lebih efektif ketika perawat dan pasien mengetahui tentang peran mereka dalam suatu hubungan.

9. Lingkungan

Orang cenderung dapat berkomunikasi dengan lebih baik dalam lingkungan yang nyaman. Lingkungan yang kurang nyaman dapat mengganggu komunikasi antara perawat dengan pasien.

10. Ruang dan teritorial

Ketika ruang personal terancam oleh karena gangguan respon yang bersifat defensif akan muncul, sehingga akan menghalangi komunikasi efektif.

2.3.6 Kendala Komunikasi Terapeutik

Beberapa teknik atau gaya komunikasi mengakibatkan interpersonal yang tidak bersifat terapeutik. Kendala ini dapat merusak hubungan dengan pasien yang dibangun oleh perawat (Potter & Perry, 2005). Berikut beberapa teknik yang akan menjadi kendala komunikasi terapeutik menurut Potter & Perry (2005):

1. Pemberian pendapat

Dengan memberikan pendapat akan membutuhkan pengambilan keputusan yang dilakukan jauh dari pasien. Hal ini menghalangi spontanitas, memperlambat pemecahan masalah, dan menyebabkan keraguan.

2. Memberikan penentrangan semu

Penentrangan semu dari perawat dapat mematahkan komunikasi terbuka ketika pasien mengetahui keadaannya secara nyata.

3. Bersikap defensif

Defensif adalah respons mengkritik, untuk menunjukkan bahwa pasien tidak memiliki hak untuk memberikan opini. Ketika perawat menjadi defensif, apa yang menjadi kekhawatiran pasien seringkali terabaikan.

4. Menunjukkan persetujuan atau ketidaksetujuan

Menunjukkan persetujuan yang berlebihan dapat berbahaya untuk hubungan perawat-pasien, sama seperti menunjukkan ketidaksetujuan. Pasien seringkali berbagi keputusan dengan perawat bukan untuk meminta persetujuan tetapi mencari cara untuk mendiskusikan perasaan.

5. Stereotip

Stereotip adalah kepercayaan umum mengenai orang. Penggunaan stereotip menghalangi komunikasi dan menghalangi hubungan antara perawat-pasien.

6. Bertanya mengapa

Ketika seseorang tidak setuju atau tidak dapat memahami orang lain, mereka cenderung untuk bertanya mengapa orang lain percaya atau bertindak seperti itu. Pasien seringkali menginterpretasikan pertanyaan “mengapa” sebagai tuduhan.

7. Mengubah subjek pembicaraan secara tidak tepat

Menginterupsi pembicaraan secara tidak tepat dan kasar dapat menunjukkan perasaan kurang empati dari perawat.

2.3.7 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Unsur-unsur hubungan terapeutik perawat-pasien berlaku untuk semua pengaturan klinis dan dapat disesuaikan dengan pengaturan dimana pasien dirawat untuk jangka waktu yang singkat (Spires dan Wood, 2010 dalam Stuart, 2013).

Perawat yang bekerja di bidang medis, bedah, obstetrik, onkologis, dan bidang khusus lainnya perlu memahami dan dapat menggunakan keterampilan komunikasi terapeutik perawat-pasien. Empat fase hubungan perawat-pasien telah diidentifikasi: fase pra-interaksi; fase pengantar atau orientasi; fase kerja; dan fase terminasi. Setiap fase dibangun dari yang sebelumnya dan memiliki tugas khusus (Stuart, 2013).

1. Fase Pra Interaksi

Fase pra-interaksi melibatkan persiapan untuk pertemuan pertama dengan pasien (Townsend, 2009). Yang dilakukan pada fase ini meliputi:

- a. Memperoleh informasi yang tersedia tentang pasien dari rekam medisnya, orang lain yang signifikan, atau anggota tim kesehatan lainnya. Dari informasi ini, penilaian awal dimulai. Informasi awal ini juga memungkinkan perawat menyadari respons pribadi terhadap pengetahuan tentang pasien (Townsend, 2009).
- b. Meneliti perasaan, ketakutan, dan kecemasan seseorang tentang bekerja dengan pasien tertentu. Semua individu membawa sikap dan perasaan dari pengalaman sebelumnya ke pengaturan klinis. Perawat perlu menyadari bagaimana prasangka ini dapat memengaruhi kemampuannya untuk merawat pasien individu (Townsend, 2009).

2. Fase Orientasi

Selama fase orientasi, perawat dan pasien berkenalan. Tugas perawat pada fase ini menurut Townsend (2009) meliputi:

- a. Menciptakan lingkungan untuk membangun kepercayaan dan hubungan baik.
- b. Membuat kontrak untuk intervensi yang merinci harapan dan tanggung jawab perawat dan pasien.
- c. Mengumpulkan informasi pengkajian untuk membangun basis data pasien yang kuat.
- d. Mengidentifikasi kekuatan dan keterbatasan pasien.
- e. Merumuskan diagnosis keperawatan.
- f. Menetapkan tujuan yang dapat disepakati bersama oleh perawat dan pasien.
- g. Mengembangkan rencana tindakan yang realistis untuk memenuhi tujuan yang ditetapkan.
- h. Mengeksplor perasaan pasien dan perawat dalam hal fase orientasi. Perkenalan seringkali tidak nyaman, dan para pasien mungkin mengalami beberapa kecemasan sampai tingkat hubungan telah ditetapkan. Interaksi dapat tetap dangkal sampai kecemasan mereda. Beberapa interaksi mungkin diperlukan untuk memenuhi tugas-tugas yang terkait dengan fase ini.

3. Fase Kerja

Pekerjaan terapi diselesaikan selama fase ini. Menurut Townsend (2009) tugas perawat meliputi:

- a. Memelihara kepercayaan dan hubungan yang didirikan selama fase orientasi.
- b. Mempromosikan wawasan dan persepsi pasien tentang kenyataan.
- c. Pemecahan masalah menggunakan model yang disajikan sebelumnya dalam fase ini.
- d. Mengatasi perilaku resistensi dari pihak pasien ketika tingkat kecemasan meningkat sebagai respons terhadap diskusi tentang masalah yang menyakitkan.
- e. Terus mengevaluasi kemajuan menuju pencapaian tujuan.

4. Fase terminasi

Tahap terminasi dapat terjadi karena berbagai alasan seperti : tujuan yang disepakati bersama mungkin telah tercapai. Terminasi bisa menjadi fase yang sulit bagi pasien dan perawat. Tugas pada fase ini yaitu membawa kesimpulan terapeutik. Hal ini terjadi ketika:

- a. Kemajuan telah dicapai untuk mencapai tujuan yang ditetapkan bersama.
- b. Suatu rencana untuk perawatan berkelanjutan atau untuk bantuan selama pengalaman hidup yang penuh tekanan dibuat bersama oleh perawat dan pasien.
- c. Perasaan tentang pemutusan hubungan diakui dan dieksplorasi. Baik perawat dan pasien mungkin mengalami perasaan sedih dan kehilangan. Perawat harus berbagi perasaannya dengan pasien. Melalui interaksi ini, pasien belajar bahwa dapat diterima untuk memiliki perasaan semacam ini pada saat perpisahan. Melalui pengetahuan ini, pasien mengalami perkembangan selama proses terminasi.

(Townsend, 2009).

2.3.8 Alat Ukur Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Indrawati 2003). Untuk mengukur komunikasi terapeutik digunakan kuesioner komunikasi terapeutik (Sigalingging, 2012). Kuesioner terapeutik ini terdiri dari 15 pernyataan dan bertujuan untuk melihat bagaimana perilaku perawat saat berkomunikasi dengan pasien yang diukur dari penerapan komunikasi terapeutik perawat yaitu fase orientasi yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup, fase kerja yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup, dan fase terminasi yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup dengan jenis pernyataan (sering), (kadang-kadang) dan (tidak). Setiap kategori pernyataan dengan jawaban (sering) diberi skor 3, jawaban (kadang-kadang) diberi skor 2 dan jawaban (tidak) diberi skor 1. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas menggunakan metode *content validity* dan dinyatakan valid, serta sudah dilakukan uji keandalan kepada 10 pasien di RSUD Dr.Pirngadi

Kota Medan dan didapatkan nilai *cronbach alpha* sebesar 0,835. Yang artinya instrumen ini reliabel untuk digunakan.

2.4 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak

Mata adalah alat indera yang sangat vital bagi manusia. Penglihatan yang utuh dan berfungsi dengan normal akan sangat menunjang dalam proses perkembangan diri, melatih kemandirian, meningkatkan rasa aman dan nyaman serta kualitas hidup bagi seorang individu. Untuk itu harus dijaga agar tidak mengalami gangguan. Gangguan penglihatan yang berat maka dapat mengakibatkan kebutaan (Lubis, 2014).

Secara global angka kebutaan semakin tahun semakin meningkat. Diperkirakan 1,3 miliar orang mengalami masalah kebutaan, dengan katarak mendominasi sebagai penyebab kebutaan tertinggi diantara penyebab kebutaan lain (WHO, 2019). Katarak adalah kejadian lensa mata yang semakin mengeruh hal ini dapat terjadi karena penambahan cairan pada lensa, denaturasi protein lensa atau terjadi karena kedua proses ini terjadi bersamaan. Lensa yang keruh ini akan mengakibatkan penglihatan yang tidak lagi jernih dan pupil juga akan tampak putih ke abu-abuan (Ilyas, 2015). Katarak dapat disembuhkan melalui tindakan operasi maupun tidak. Namun, prosedur operasi dinilai paling efektif dalam menangani katarak. Tindakan operasi dapat dilakukan melalui prosedur *Intra Capsular Cataract Extraction* (ICCE) maupun *Extracapsular Cataract Extraction* (ECCE) (Smeltzer & Bare, 2002).

Proses pembedahan dengan berbagai komplikasinya adalah salah satu stressor yang meningkatkan tingkat kecemasan pada pasien (Potter & Perry, 2005). Komplikasi operasi katarak sendiri dapat berupa terjadinya kerusakan endotel kornea, sumbatan pupil, glaukoma, perdarahan, fistula luka operasi, edema makula sistoid, pelepasan koroid, uveitis, dan endoftalmitis (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut beberapa penelitian kecemasan yang terjadi pada pasien pre operasi akan menyebabkan berbagai dampak yang merugikan bagi pasien serta keberhasilan prosedur operasi, seperti: meningkatkan tekanan darah dan

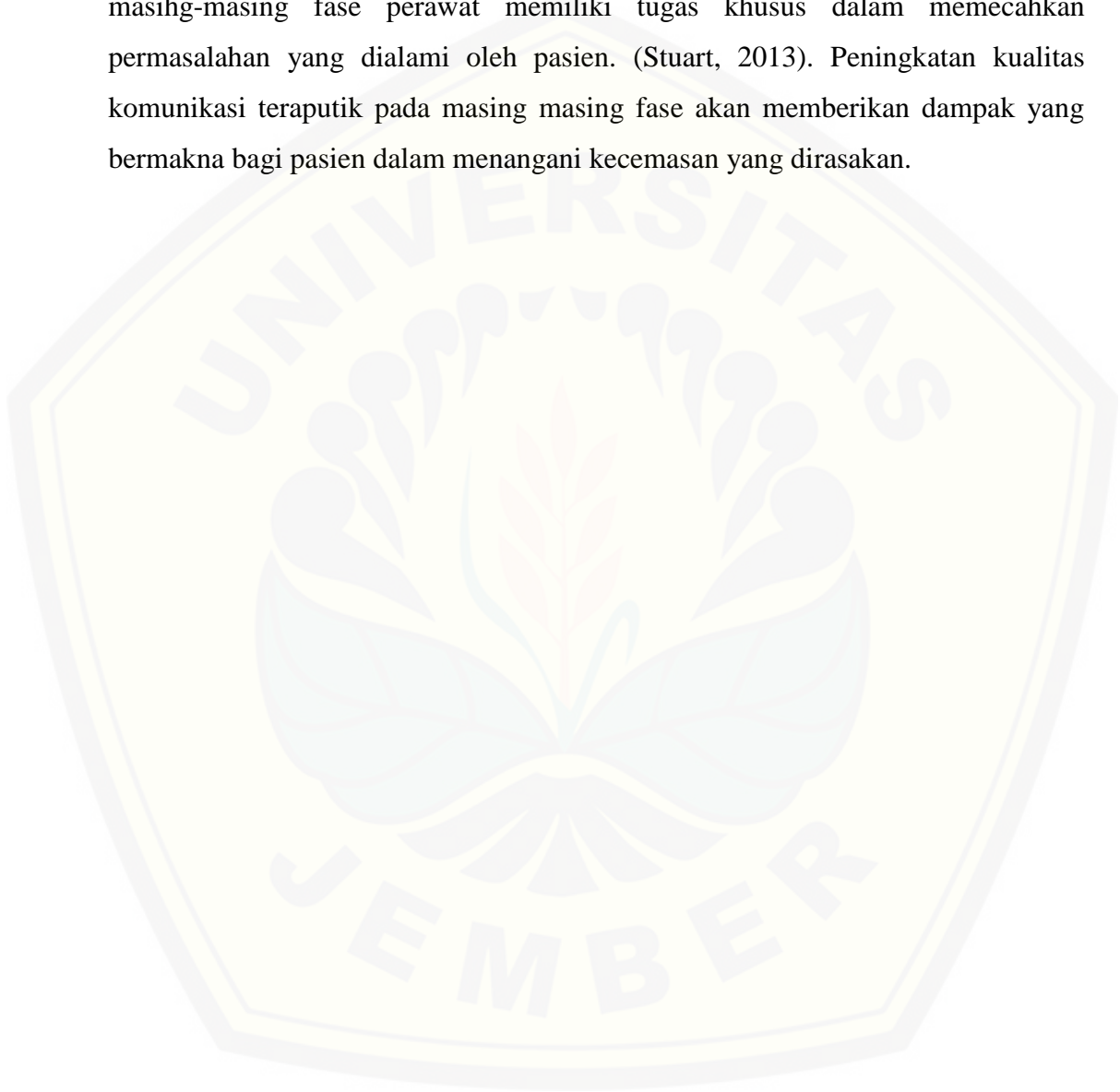
pernafasan yang dapat menyebabkan pendarahan baik pada saat operasi berlangsung ataupun pasca operasi (faradisi, 2012), meningkatkan persepsi nyeri sehingga akan menyebabkan peningkatan rasa nyeri pasca operasi (Sugianto dkk., 2016), menurunkan tingkat keberhasilan dari prosedur operasi karena gangguan gerakan yang diakibatkan gerakan tubuh yang tidak terkontrol pada pasien cemas (Soekardi & Hutaeruk, 2004), serta pasien akan mengalami penurunan konsentrasi sehingga sulit memahami penjelasan serta instruksi dari tenaga medis yang berkaitan dengan tindakan perioperatif yang seharusnya membuat pasien merasa nyaman (Brunner & Suddarth, 2001).

Salain itu, kecemasan pada pasien berkaitan dengan ketakutan akan menjalani prosedur asing, penyuntikan, nyeri luka setelah operasi, hilangnya kemandirian dan menjadi bergantung pada orang lain bahkan ancaman terjadinya kematian akibat prosedur pembedahan dan tindakan anestesi (Potter & Perry, 2005). Kaplan dan Sadock (2010) juga menjelaskan bahwa kecemasan pasien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, pengalaman pasien menjalani operasi, konsep diri dan peran, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kondisi medis, akses informasi, proses adaptasi, jenis tindakan medis dan komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik sebagai salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan merupakan salah satu faktor yang harus di tingkatkan kualitasnya sehingga dapat menurunkan kecemasan yang terjadi pada pasien pre operasi (Kaplan & Saddock, 2010). Hal ini dapat terjadi karena saat terjadi komunikasi terapeutik antara perawat-pasien maka akan terjadi interaksi yang bermakna dimana perawat dan pasien dapat berbagi pengetahuan, perasaan, dan informasi satu sama lain, selain itu juga akan terbina hubungan yang baik antara pasien dengan perawat yang membuat pasien bisa menerima dan memahami kondisinya sehingga kecemasan menurun (Rohmah, 2017). Smeltzer & Bare (2002) menjelaskan bahwa melalui penjelasan yang rinci dan detail yang dilakukan oleh perawat melalui komunikasi kepada pasien akan meningkatkan informasi sehingga dapat menghilangkan ketakutan yang tidak diketahui, selain itu juga memberikan pengenalan terhadap lingkungan perioperatif yang dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan keamanan yang dirasakan oleh pasien.

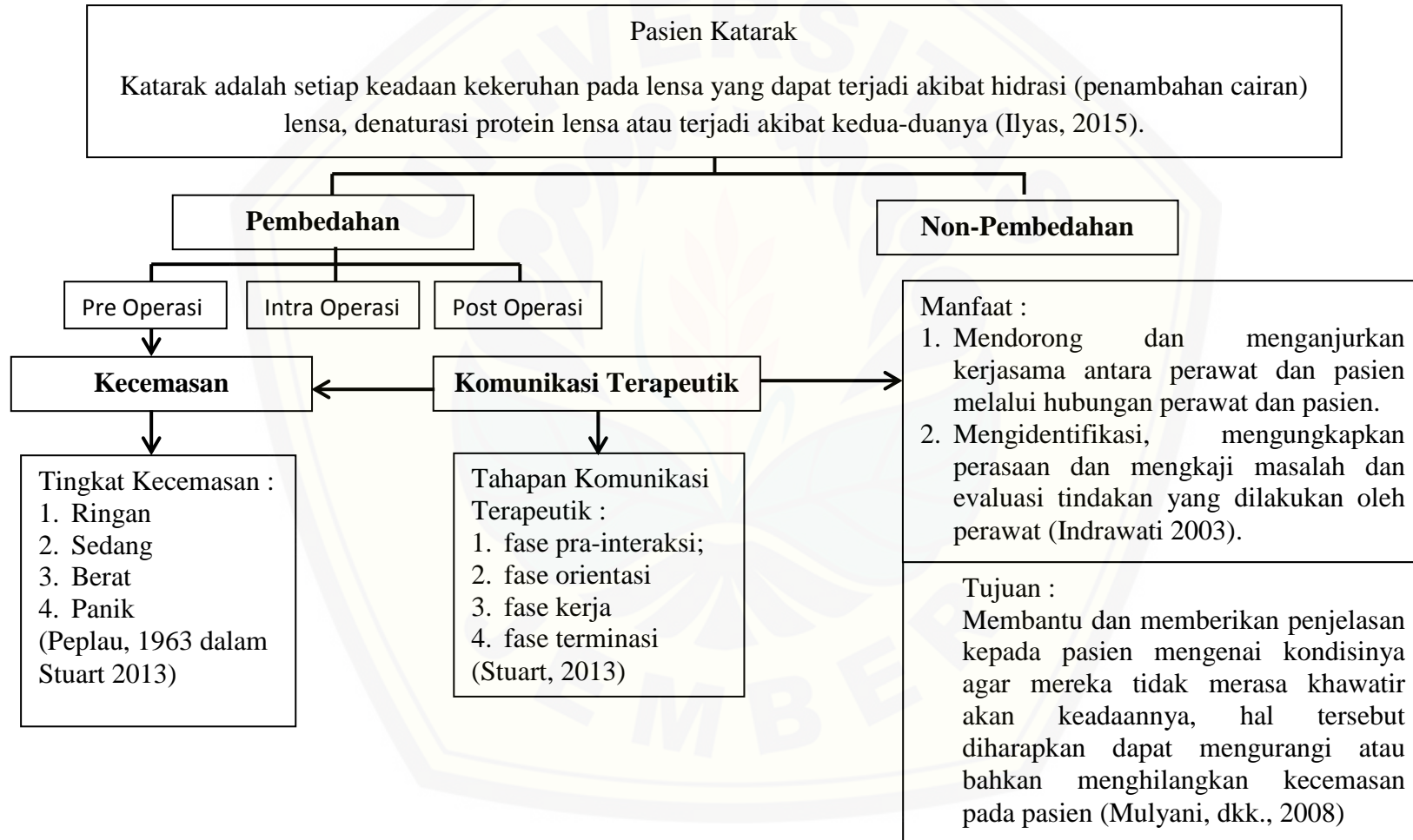
Pasien juga akan lebih mudah menerima penanganan serta mematuhi instruksi yang diberikan jika sudah mendapatkan banyak informasi.

Komunikasi terapeutik sendiri terdiri dari empat fase, yaitu: fase pra-interaksi; fase pengantar atau orientasi; fase kerja; dan fase terminasi. Pada masing-masing fase perawat memiliki tugas khusus dalam memecahkan permasalahan yang dialami oleh pasien. (Stuart, 2013). Peningkatan kualitas komunikasi terapeutik pada masing-masing fase akan memberikan dampak yang bermakna bagi pasien dalam menangani kecemasan yang dirasakan.



2.5 Kerangka Teori

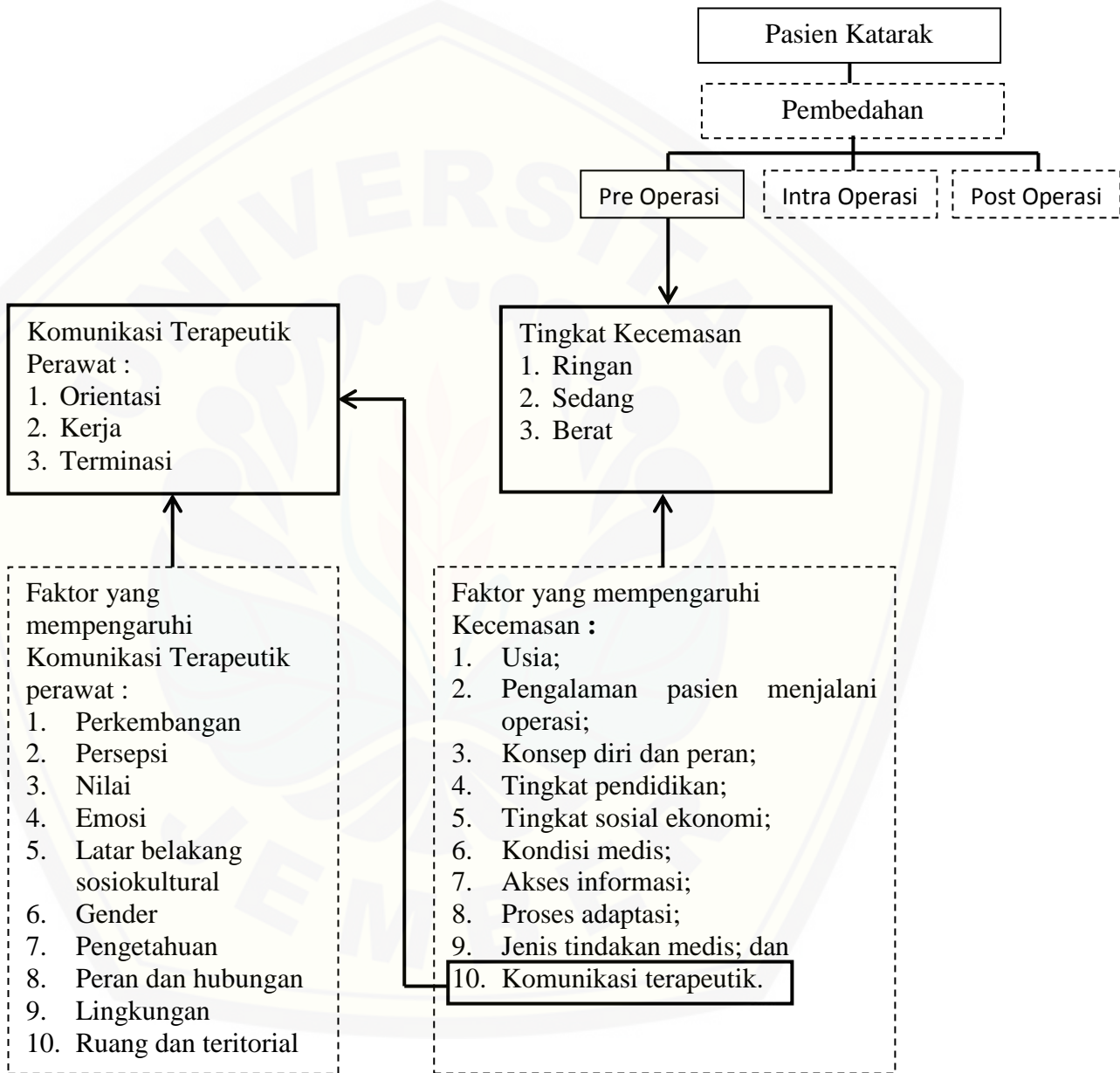
Berdasarkan landasan teori diatas maka disusun kerangka teori :



Gambar 2.1 Kerangka Teori

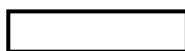
BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

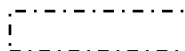


Gambar 3.1 Kerangka Konsep

KET :



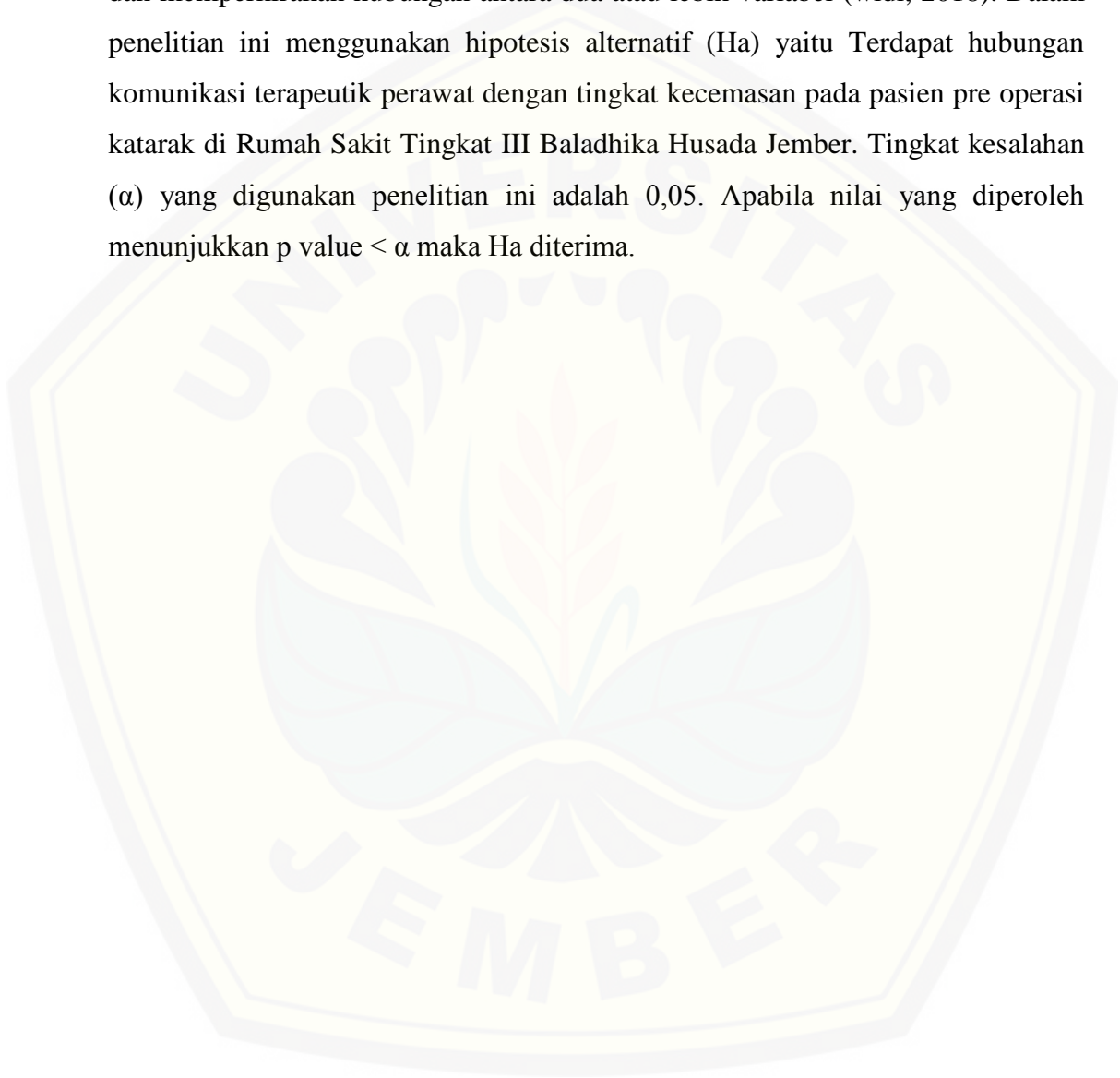
Diteliti



Tidak Diteliti

3.2 Hipotesis

Menurut Kerlinger dalam Widi (2018), hipotesis adalah pernyataan terkaan terhadap suatu hubungan dua atau lebih variabel. Bailey mengatakan bahwa hipotesis adalah suatu proporsi yang dinyatakan dalam bentuk yang dapat diuji dan memperkirakan hubungan antara dua atau lebih variabel (widi, 2018). Dalam penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_a) yaitu Terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Tingkat kesalahan (α) yang digunakan penelitian ini adalah 0,05. Apabila nilai yang diperoleh menunjukkan $p \text{ value} < \alpha$ maka H_a diterima.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian *deskriptif analitik observasional* dengan metode *cross-sectional*. Penelitian deskriptif sendiri memiliki makna bahwa penelitian ini dilaksanakan untuk memaparkan berbagai gejala, fakta maupun kejadian dengan terstruktur dan tepat (Wagiran, 2019). Sedangkan metode *analitik observasional* artinya dalam penelitian ini peneliti tidak memberikan perlakuan pada variabel-variabel yang diteliti. Penelitian ini untuk mengetahui bagaimana dan mengapa suatu fenomena terjadi melalui sebuah analisis statistik seperti korelasi antara sebab dan akibat atau faktor resiko dengan efek yang kemudian dilanjutkan untuk mengetahui seberapa besar kontribusi dari sebab atau faktor resiko tersebut terhadap akibat atau efek, dengan sampel penelitian merupakan populasi, dan jumlah sampel yang diberikan cukup banyak (Masturoh & Anggita, 2018). Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian yang mendesain pengumpulan datanya dilakukan pada satu titik waktu yang sama (Swarjana, 2012). Penelitian *cross sectional* mempelajari korelasi (hubungan) antara sebab (independen) dengan akibat (dependen), dengan (*point time approach*), yang artinya semua variabel diobservasi dalam waktu yang sama (Masturoh & Anggita, 2018). Dalam penelitian ini variabel yang diukur adalah komunikasi terapeutik perawat di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember sebagai variabel Independen dan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak sebagai variabel dependen.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian merupakan subjek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi terdiri atas objek atau subjek di wilayah generalisasi yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien katarak yang berkunjung

atau dirawat di RS Baladhika Husada Jember, berdasarkan Ariyanto (2019) jumlah pasien katarak di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember berjumlah 1.155 pasien.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian merupakan jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2015). Menurut Notoatmodjo (2012) sampel pada penelitian merupakan objek yang akan diteliti dan dianggap dapat mewakili seluruh dari populasi penelitian. Sampel pada penelitian ini adalah pasien katarak yang akan melakukan operasi di RS Baladhika Husada Jember. Perhitungan jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan rumus *Lemeshow* yaitu:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

N : Jumlah populasi

Z : Standar deviasi normal untuk 1,96% dengan CI 95%

d : Derajat ketetapan yang digunakan oleh 90% atau 0,1

p : Proporsi target populasi adalah 0,5

q : Proporsi tanpa atribut 1-p = 0,5

Hasil perhitungan sampel didapatkan :

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 1155 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2 \cdot (1155-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 1155 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,01 \cdot 1154 + 3,8416 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{1.109,262}{11,54 + 0,9604}$$

$$n = \frac{1.109,262}{12,5004}$$

$$n = 88,7 = 89$$

Jadi, jumlah responden yang diteliti dalam penelitian ini sebanyak 89 responden. Untuk mengantisipasi *drop out*, maka peneliti menambahkan sampel sebesar 10%. Jadi, total sampel pada penelitian ini sebesar 98 responden.

4.2.3 Teknik Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang berdasarkan atas suatu pertimbangan tertentu sebagai sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2012).

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien katarak yang akan menjalani prosedur operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember yang bersedia menjadi responden dan mengikuti penelitian sampai selesai, dengan kriteria :

1. Kriteria Inklusi :
 - a. pasien yang akan dilakukan operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
 - b. pasien belum pernah mengalami operasi sebelumnya;
 - c. Pasien berumur lebih dari 18 tahun;
 - d. bersedia menjadi responden; dan
 - e. Pasien kooperatif.
2. Kriteria Eksklusi :
 - a. pasien mengalami kondisi situasional seperti operasi dibatalkan oleh karena ditunda;
 - b. pasien mengalami komplikasi glaucoma;
 - c. pasien mengundurkan diri sebagai responden; dan
 - d. responden yang tidak mengisi lembar kuisioner secara lengkap.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dari tahap penyusunan proposal penelitian yang dilakukan pada bulan September 2019, kemudian dilanjutkan sampai tahap sidang hasil pada bulan Mei 2020.

Tabel 4.1 Waktu Penelitian

Kegiatan	Agustus		September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei			
	M	gu	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Penetapan judul																																						
Penyusunan proposal																																						
Seminar Proposal																																						
Perbaikan Proposal																																						
Pengumpulan data serta pengolahan data																																						
Penyusunan laporan hasil penelitian																																						
Sidang hasil																																						

4.5 Definisi Operasional

Definisi Operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen (Komunikasi Teraeutik) dan variabel dependen (tingkat kecemasan)

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Komunikasi terapeutik (Variabel Independen)	Komunikasi antara perawat pasien untuk kenyamanan pasien dalam menghadapi prosedur operasi (pre operasi) katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	Komunikasi Terapeutik Perawat : 1. Fase Orientasi 2. Fase Kerja 3. Fase Terminasi	Kuisisioner Komunikasi Terapeutik	Ordinal	Komunikasi terapeutik dikategorikan : 1. Kurang : skor 15-24, 2. Cukup : skor 25-34, 3. Baik : skor 35-45.
Tingkat Kecemasan (Variabel Dependen)	Respon pasien terhadap perasaan tidak menyenangkan yang dapat mengakibatkan respon adaptif dan maladaptif pada pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember	1. Kecemasan prosedur operasi 2. Kecemasan anastesi	Kuesioner <i>Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale</i> (APAIS)	Ordinal	Dari pilihan jawaban akan dikategorikan: Total skor tingkat kecemasan 0-24, dengan kategori : 1. Cemas berat > 22 2. Cemas sedang 14-22 3. Cemas ringan < 14

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan melalui pihak pertama, biasanya melalui hasil dari angket, kuesioner, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Budiarto, 2012). Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari kuesioner komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan yang telah dibagikan pada setiap responden. Pengisian instrumen atau kuesioner didapatkan oleh peneliti dari pasien pre op katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan dari pihak kedua, dalam hal ini data diperoleh dari orang lain atau tempat lain seperti rumah sakit atau penelitian sebelumnya (Budiarto, 2012). Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data jumlah pasien operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember yang didapatkan dari penelitian sebelumnya.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui teknik menyebar dan mengisi Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari kuesioner Komunikasi Terapeutik dan tingkat kecemasan yang telah dibagikan pada setiap responden. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Peneliti mendapatkan surat ijin untuk melakukan penelitian dari institusi bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan nomor surat 7095/UN25.1.14/LT/2019, kemudian surat diajukan ke pihak LP2M Universitas Jember dan mendapatkan surat izin penelitian dengan nomor 5263/UN25.3.1/LT/2019, yang selanjutnya diajukan ke direktur RS Tingkat III Baladhika Husada Jember;
2. Peneliti mendapatkan izin untuk melaksanakan pengumpulan data di Rumah Sakit Tingkat III Baladhka Husada Jember dengan nomor surat B/043/I/2020, selanjutnya berkordinasi dengan poli mata untuk menemui responden;

3. Sebelum melakukan penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan serta meminta kesediaan menjadi responden dengan mengisi informed consent;
4. Peneliti menjelaskan prosedur pengisian kuisisioner kepada responden. Peneliti juga mendampingi selama pengisian kuisisioner tersebut;
5. Selanjutnya peneliti menarik kembali kuisisioner yang telah di isi oleh responden dan juga memeriksa hasil kelengkapan pengisian kuisisioner. Kuisisioner dianalisis oleh peneliti dengan menggunakan uji statistika.

4.6.3 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuisisioner. Kuisisioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan sejumlah pertanyaan berupa pertanyaan terbuka ataupun tertutup (Sugiyono, 2015). Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Kuisisioner Demografi

Kuisisioner demografi digunakan untuk menentukan karakteristik responden berdasarkan 6 kriteria, yaitu : Nama, umur, lama terdiagnosa katarak, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

2. Kuisisioner Komunikasi Terapeutik perawat pada pasien.

Kuisisioner ini terdiri dari dua bagian, yang pertama (bagian A) untuk data demografi, yang terdiri dari nama, umur, dan jenis kelamin. Yang kedua (bagian B) untuk variabel perilaku perawat saat berkomunikasi dengan pasien yang terdiri dari 15 pernyataan dan bertujuan untuk melihat bagaimana perilaku perawat saat berkomunikasi dengan pasien yang diukur dari penerapan komunikasi terapeutik perawat yaitu fase orientasi yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup, fase kerja yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup, dan fase terminasi yang terdiri dari 5 pernyataan tertutup dengan jenis pernyataan (sering), (kadang-kadang) dan (tidak). Setiap kategori pernyataan dengan jawaban (sering) diberi skor 3, jawaban (kadangkadang) diberi skor 2 dan jawaban (tidak) diberi skor 1. Nilai tertinggi yang diperoleh adalah 45 dan nilai terendah 15. Skala ukur yang digunakan dalam variabel ini adalah skala ordinal. Batasan skor masing-masing kategori adalah sebagai berikut:

Kurang : skor 15-24,

Cukup : skor 25-34,

Baik : skor 35-45.

3. Kuesioner *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS)

Kuesioner *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) merupakan skala penilain yang digunakan untuk mengukur kecemasan yang disusun oleh Moerman dkk. (1996) dikhususkan untuk gejala kecemasan operasi dan anastesi pada pasien pre operasi. Telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Firdaus pada tahun 2014. Kuesioner ini terdiri dari 6 pertanyaan dengan menggunakan skala *likert*. Skala *likert* yang digunakan pada *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) yang diberi nilai 1 berarti sangat tidak setuju, nilai 2 tidak setuju, nilai 3 ragu-ragu, nilai 4 setuju dan nilai 5 sangat setuju. Nilai > 22 kategori cemas berat, nilai 14-22 cemas sedang, < 14 cemas ringan.

Tabel 4.3 Blue Print Kuesioner APAIS

Indikator	Pertanyaan	Jumlah
Kecemasan anastesi	1,2,3	3
Kecemasan operasi	4,5,6	3
Total		6

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas digunakan untuk mengukur keakuratan dari sebuah instrumen penelitian (Setiadi, 2007).

Kuisisioner komunikasi terapeutik telah dilakukan uji validitas pada penelitian yang dilakukan oleh Sigalingging (2012) menggunakan teknik *content Validity*. Ahli diminta untuk mengamati semua item dalam kuesioner yang hendak divalidasi. Kemudian mengoreksi semua item yang telah dibuat. Ahli diminta untuk memberikan pertimbangan tentang bagaimana tes tersebut menggambarkan cakupan isi yang akan diukur. Pertimbangan ahli tersebut juga menyangkut apakah semua aspek yang hendak diukur telah dicakup melalui item pertanyaan dalam tes (Sukardi, 2009 dalam Sigalingging, 2012). Pernyataan yang tidak valid langsung disarankan oleh penguji validitas untuk diganti.

Kuesioner perilaku perawat saat berkomunikasi dengan pasien pernyataan yang belum valid juga langsung disarankan oleh ahli untuk diganti redaksi katanya, yaitu item 1 pada fase orientasi, item 4 pada fase kerja serta item 1, 3 dan 5 pada fase terminasi. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas instrumen. Uji reliabilitas instrumen dilakukan terhadap 10 orang pasien yang bukan termasuk dalam sampel di RSUD Dr.Pirngadi Kota Medan dan data tersebut diolah dengan menggunakan program komputerisasi, yaitu Cronbach Alpha dan diperoleh nilai reliabilitas 0,835 yang artinya kuisisioner tersebut reliabel untuk digunakan.

Sedangkan Kuesioner *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) yang dibuat oleh Moerman pada tahun 1995 telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia oleh Firdaus pada tahun 2014. Hasil uji validitas menunjukkan rentang r hitung sebesar 0,481-0,712 dan uji reliabilitas pada nilai *Cronbach alpha* sebesar 0,825.

4.7 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan cara untuk memperoleh data atau ringkasan data menggunakan rumus berdasarkan pada suatu kelompok data mentah sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007).

4.7.1. Editing

Editing adalah proses pemeriksaan daftar pertanyaan yang dilakukan peneliti yang berasal dari kuesioner atau angket yang telah diisi oleh responden. Pemeriksaan meliputi kejelasan, relevansi dan konsistensi jawaban yang telah diisi oleh responden (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini, peneliti memeriksa kembali kuesioner yang telah di isi oleh responden, apabila ada yang kurang jelas atau tidak lengkap maka peneliti meminta responden untuk melengkapinya kembali.

4.7.2. Coding

Coding merupakan proses pengolahan data yang memudahkan peneliti dengan memberikan kode tertentu pada data penelitian. Menurut Notoatmodjo (2012), coding merupakan kalimat atau huruf yang diubah menjadi angka atau bilangan. Pemberian coding pada Penelitian ini meliputi :

1. Kode untuk Jenis Kelamin
 - a. Laki – laki = 1
 - b. Perempuan = 2
2. Kode untuk Tingkat Pendidikan
 - a. Tidak / Belum Sekolah = 1
 - b. Tamat SD/ sederajat = 2
 - c. SLTP/sederajat = 3
 - d. SLTA / sederajat = 4
 - e. Perguruan Tinggi = 5
 - f. Lain – lain = 6
3. Kode untuk Pekerjaan
 - a. Belum / Tidak bekerja = 1
 - b. Mengurus Rumah Tangga = 2
 - c. Petani = 3
 - d. Wiraswasta = 4
 - e. Pedagang = 5
 - f. Karyawan Swasta = 6
 - g. PNS = 7
 - h. TNI/POLRI = 8
 - i. Lain – lain = 9
4. Variabel Komunikasi Terapeutik :
 - a. Kurang = 1: skor 15-24,
 - b. Cukup = 2 : skor 25-34,
 - c. Baik = 3: skor 35-45
5. Variabel Tingkat Kecemasan
 - a. 1 = ringan : jika skor jawaban <14,
 - b. 2 = sedang : jika skor jawaban 14-22,
 - c. 3 = berat : jika skor jawaban >22

4.7.3. Entry

Entry merupakan penyusunan data atau pengorganisasian data yang disajikan dan dianalisis. Proses entry data yaitu dengan memasukkan data yang sudah

diubah kedalam bentuk kode bilangan atau angka pada software (Notoatmodjo, 2012). Pada tahap ini, peneliti memasukkan data yang telah diperoleh dari kuesioner kedalam program Microsoft Office Excel untuk di rekap secara keseluruhan. Selanjutnya data ini di masukkan kedalam SPSS untuk dianalisis.

4.7.4. *Cleaning*

Cleaning merupakan proses pembersihan data terhadap variabel yang telah dimasukkan oleh peneliti ke dalam software tertentu dan dianalisis benar atau belum data tersebut (Setiadi, 2007). Pada tahap ini, peneliti memeriksa kembali data yang sudah dimasukkan kedalam spss untuk memastikan kebenaran data, serta memastikan semua data telah dianalisis dengan benar.

4.8 Analisis Data

4.8.1. Analisis Univariat

Analisa univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat (Sumantri, 2011). Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini adalah data karakteristik responden, variabel komunikasi terapeutik perawat, dan variabel tingkat kecemasan. Bentuk dari penelitian ini variabel kategorik yang disajikan dalam bentuk presentase atau proporsi.

4.8.2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel yaitu komunikasi terapeutik perawat dan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak menggunakan skala ordinal yang merupakan jenis data kategorik. Analisa data yang digunakan menggunakan uji spearman dengan tingkat signifikan 0,05. Korelasi spearman merupakan pengukuran non-parametrik dengan tujuan untuk menggambarkan seberapa baik hubungan dua variabel dengan tanpa membuat asumsi distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang akan diteliti (Sarwono & Budiono, 2012). Dasar pengambilan keputusan apabila $p < 0,05$ maka H_a diterima tetapi jika $p > 0,005$ maka H_a ditolak (Nursalam, 2014). Pada penelitian ini didapatkan *p-value* 0,001 yang artinya H_a diterima.

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian sangat penting untuk dipertimbangkan oleh para peneliti dalam melakukan penelitian. Penelitian ini telah dilakukan uji etik di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan No. 723/UN25.8/KEPK/DL/2019. Prinsip etika penelitian yang harus diperhatikan oleh peneliti sebagai berikut:

4.9.1 Asas Otonomi

Asas otonomi dalam hal ini menyangkut hak responden untuk ikut atau tidak dalam sebuah penelitian, responden sebagai subjek dalam penelitian harus diperlakukan manusiawi. Peneliti memberikan penjelasan pada subjek tentang tindakan-tindakan yang akan dilakukan serta bertanggung jawab jika terjadi sesuatu pada subjek. Implementasi pada azas *Autonomy* adalah dalam bentuk *Informed Consent*, peneliti menjelaskan kepada subjek secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, subjek juga memiliki hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden (Nursalam, 2014).

4.9.2 Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti wajib menjaga informasi responden yang bersifat privasi demi untuk menerapkan prinsip kerahasiaan dalam penelitian. Data mengenai responden hanya dapat diperoleh oleh peneliti (Purnama, 2016). Pada penelitian ini, peneliti menjaga kerahasiaan data atau informasi yang diperoleh dari responden dengan cara menuliskan nama inisial responden dan menjaga berkas kuesioner dengan baik.

4.9.3 Prinsip Keadilan (*Justice*)

Responden penelitian harus diperlakukan dengan adil baik sebelum penelitian hingga sesudah keikutsertaannya dalam penelitian (Nursalam, 2014). Prinsip etik keadilan merupakan kewajiban etik yang memperlakukan individu memberikan sesuatu yang layak bagi setiap individu sesuai dengan sesuatu yang layak secara moral dalam mendapatkan haknya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Pada penelitian ini, dalam memperlakukan responden peneliti tidak membedakan status sosial, ekonomi dan jenis kelamin.

4.9.4 Prinsip Kemanfaatan (*Beneficence*)

Kebermanfaatan adalah prinsip tentang “melakukan kebaikan” untuk yang lainnya. Melakukan kebaikan untuk orang lain memerlukan seseorang yang membuat keputusan bahwa aksi/tindakan akan menjadi baik untuk individu tersebut (Brink & Wood, 2000). Pada penelitian ini, peneliti dalam memilih topik penelitian mempertimbangkan apakah hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi responden, tempat penelitian, serta masyarakat umum.

4.9.5 Prinsip Non-Malefisien

Non-Malefisien akan memberikan standar minimal yang harus dicapai oleh peneliti (Potter & Perry, 2005). Penelitian yang dilakukan ini tidak membahayakan responden karena data yang digunakan peneliti adalah data sekunder. Hasil penelitian yang didapatkan bisa menjadi pertimbangan untuk rumah sakit dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan pada pasien dan keluarga pasien.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan pada pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan yang didapat peneliti sebagai berikut:

- a. Responden rata-rata berusia 61,84 tahun dengan rata-rata menderita katarak selama 12,59 bulan. Pasien berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Riwayat pendidikan paling banyak pada responden adalah tamatan SD / sederajat dan lebih banyak responden tidak bekerja.
- b. Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dalam kategori baik sesuai dengan penilaian dari 59 responden (60,2 %).
- c. Tingkat kecemasan yang dirasakan responden paling banyak mengalami kecemasan ringan sebanyak 55 responden (56,1 %).
- d. Terdapat hubungan yang kuat dengan arah korelasi negatif antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak ($P\text{-value} = 0,001$, dan $r\text{-correlation} = -0,693$).

6.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dan telah diperoleh kesimpulan seperti diatas maka saran yang bisa peneliti sampaikan sebagai berikut :

- a. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan bisa menyempurnakan hasil dari penelitian ini dengan melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas komunikasi terapeutik pada perawat seperti tingkat pengetahuan, persepsi, latar belakang sosiokultural, dan lain sebagainya.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan ajar khususnya dalam metode *evidence based practice* tentang komunikasi terapeutik perawat ataupun kecemasan pasien pre operasi.

c. Bagi Rumah Sakit

Menerapkan kebijakan penerapan komunikasi terapeutik sesuai SOP di semua ruangan Rumah Sakit dan mengadakan kegiatan seminar, workshop atau pelatihan tentang komunikasi terapeutik berdasarkan standar dan teori keperawatan dengan mengikutsertakan perawat dari setiap ruangan di setiap tahunnya.

d. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai rujukan ataupun referensi bagi perawat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya kemampuan komunikasi terapeutik untuk memberikan pelayanan yang optimal guna meningkatkan keberhasilan perawatan serta kualitas kesehatan pasien. Karena, dalam pelaksanaannya masih terdapat berbagai komponen dari komunikasi terapeutik perawat yang sering dilupakan seperti memperkenalkan diri dan membuat kontrak waktu, menanyakan penyebab kecemasan pasien, menyimpulkan informasi yang telah disampaikan dan menanyakan perasaan pasien setelah mendapatkan informasi.

e. Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan wawasan bagi pasien pre operasi dan keluarga terkait berbagai cara dalam menurunkan kecemasan pre operasi khususnya melalui komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat melalui berbagai informasi yang diberikan terkait terapi-terapi apa saja yang bisa digunakan dalam menurunkan kecemasan seperti: relaksasi nafas dalam, terapi musik atau murotal, dan lain sebagainya..

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, A. N., dan D. P. S. Yunita. 2018. Kejadian Katarak Senilis Di RSUD Tugurejo. *Higeia Journal Of Public Health Research And Development*. 2(2): 295-306.
- Akbar, A. P., I. Sidin, S. A. Pasinringi. 2013. Gambaran Kepuasan Pasien terhadap Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan*. 1(1): 1-11.
- Annisa, F dan D. Suhermanto. 2019. Relation between Family Support and Anxiety in Preoperative Patients in Indonesia. *Nursing Journal of Kertacendekia*. 1(1): 174-178.
- Ariyanto, T. B. 2019. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Pasien Pre Operasi Katarak Di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Arwani. 2003. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Basra dkk. 2017. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*. 6(2): 1-5.
- Budiarto, E. 2012. *Biostatistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Budiningtyas, D. K. 2016. Pengaruh Terapi Suportif terhadap Intensi Melakukan Operasi Katarak pada Pasien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Budiono, S., dkk. 2013. *Buku Ajar: Ilmu Kesehatan Mata*. Surabaya: Airlangga University Press (AUP).
- Brink, P. J., dan M. J. Wood. 2000. *Langkah Dasar dalam Perencanaan Riset Keperawatan: Dari Pertanyaan sampai Proposal*. Jakarta : EGC.
- Brunner & Suddarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. edisi 8. Jakarta: EGC.

- Cassey, P. A. W., dkk. 2016. The Effect of Counseling on Cataract Patient Knowledge, Decisional, and Satisfaction. *Ophthalmic Epideol.* 22(6): 387-393.
- Coker, A. O. dkk. 2016. Assessment of Pre and Postoperative Psychiatric Comorbidity among Patients Scheduled For Elective Cataract Surgery in Lagos, Nigeria. *African Journals Online.* 4(3): 232 – 242.
- Cristina, B. F. dkk. 2015. Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Enfermeria Global.* 14(3):29-51.
- Damayanti, M. N. 2008. *Teori Komunikasi Analisis dan Aplikasi.* Jakarta: Salemba Humanika.
- DEPKES RI. 2017. Katarak Penyebab Utama Kebutaan di Indonesia. <http://www.depkes.go.id/article/view/17100400003/katarak-penyebab-utama-kebutaan-di-indonesia.html> [diakses pada 12 Juni 2019].
- Faradisi, F. (2012). Efektivitas Terapi Murotal dan Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi Di Pekalongan. *Jurnal Ilmiah kesehatan.* 5(2): 1-11.
- Firdaus, M. F. 2014. Uji Validitas Konstruksi Dan Reliabilitas Intrumen The Amsterdam Perioperative Anxiety and Information Scale (APAIS) Versi Indonesia. Universitas Indonesia.
- Fitria, N., dan Z. Shaluhiah. 2017. Perbedaan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap RS Pemerintah dan RS Swasta. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia.* 12(1): 43 – 61.
- Ginting, M. dan T. Nainggolan. 2018. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Pasien Pre Operatif di Rumah Sakit Umum Herna Medan. *Jurnal Lensa Mutiara Komunikasi.* 2(2): 70 – 83.
- Gocalves, K. K. N. dkk. 2016. Anxiety in the Preoperative Period of Heart Surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 69(2): 374 -380.
- Hawari, D. 2008. *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. A. A., 2017. *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kesehatan.* Jakarta: Salemba Medika.
- Igbinlade, A. S. 2020. Level of Nurse-Patient Therapeutic Communication: Perspectives of Nurses and Patients in a Tertiary Hospital in North West Nigeria. *Journal of Nursing and Midwifery.* 1(1): 1 -7.

- Ilyas, S. dan Yulianti S. R. 2015. *Ilmu penyakit mata*. Edisi 5. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Indrawati, T., Sujianto, U., dan Uripni, C. L. 2003, *Komunikasi Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- James, B., C. Chew, dan A. Bron. 2006. *Oftalmologi*. edisi 9. Jakarta: Erlangga.
- Kaplan, H. I. dan B. J. Sadock. 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Kartika, P.D.P.2018. Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Perioperatif Terhadap Mekanisme Koping Pasien Pre Operasi Katarak Di RS Baladhika Husada Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Kauh, C. Y. dkk. 2016. Geographic Variation in the Rate and Timing of Cataract Surgery Among US Communities. *Jama Opthamol*. 134(3): 267-276.
- Kusumo, M. P. 2017. Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawata Terhadap Kepuasan Pasien di Rawat Jalan RSUD Jogja. *Jurnal Medicoeticolegl dan Manajemen Rumah Sakit*. 6(1): 72 – 81.
- Lubis, R. R. 2014. Trauma tembus pada mata. *Disertasi*. Padang: Universitas Sumatra Utara.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Masturoh, I. dan N. Anggita. 2018. *Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. (RMKI) : Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mulyani, S, I. Paramastri, dan M. A. Priyanto. 2008. Komunikasi dan Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien Terhadap Kecemasan Pra Bedah Mayor. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 24(3): 151-155.
- Musliha dan S. Fatmawati. 2010. *Komunikasi Keperawatan Terapeutik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muttaqin, A. dan K. Sari. 2013. *Asuhan Keperawatan Perioperatif: Konsep, Proses, Dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nisa, S. N. U. dkk. 2019. Quality of Nurse Patient Therapeutic Communication and Overall Patient Satisfaction during their Hospitalization Stay. *European Academic Research*. 7(3): 1970 – 2011.

- Notoadmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Renika Cipta.
- Nurahayu, D., dan Sulastri. 2019. Hubungan Perilaku Caring Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Ruang Kenanga RSUD dr. H. Soewondo Kendal. *Jurnal Surya Muda*. 1(1): 37-51.
- Nurhasanah, N. 2009. *Ilmu Komunikasi dalam Konteks Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nursalam. 2014. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursholikhatin, S. dkk. 2018. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak. *Skripsi*. Mojokerto: Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto.
- Pereira, L. dkk. 2016. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*. 99(5): 733-738.
- Potter, P.A. dan A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses & praktek*. Edisi 4. Volume 1. Alih Bahasa : Yasmin Asih dkk. Jakarta: EGC.
- Purnama, S. G. 2016. *Prinsip-Prinsip Etika Kesehatan*. Bali: Universitas Udayana.
- Ramirez, D. A. dkk. 2017. Anxiety in Patients Undergoing Cataract Surgery : a Pre and Posoperative Comparison. *Clinical Ophthalmology*. 2017(11): 1979-1986.
- Rezki, I. M. dkk. 2016. Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit. *Dunia Keperawatan*. 4(1): 30 – 35.
- Rohmah, M., dan S. N. Qomariah. 2017. Komunikasi Terapeutik Perawat Menurunkan Kecemasan Keluarga Pasien Kritis. *Journals of Nurse Community*. 8(2): 144-151.
- Sari, Y. K., A. Widayati, dan B. Prayogi. 2018. Pengaruh Konseling dengan Pendekatan Thinking, Feeling, dan Acting (TFA) terhadap Tekanan Darah Pasien Pre Operasi Katarak. *Jurnal Ners dan Kebidanan*. 5(2): 90-96.

- Sarwono, J., dan H. Budiono. 2012. *Statistik Terapan: Aplikasi untuk riset skripsi, tesis dan disertasi (menggunakan SPSS, AMOS dan Excel)*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Sasmito, P. dkk. 2019. Penerapan Teknik Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat pada Pasien. *Jurnal Kesehatan*. 11(2): 58-64
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawan, H. dkk. 2018. Hubungan Tingkat Pengetahuandengan Kecemasan Penderita Diabetes Mellitus. The 7thUniversity Research Colloquium 2018. LPPM STIKES PKU Muhammadiyah Surakarta: 241-248
- Sigalingging, D. S. O. 2012. Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Komunikasi Terapeutik terhadap Perilaku Perawat saat Berkomunikasi dengan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan. *Skripsi*. Medan : Fakultas Keperawatan Universitas Sumatra Utara.
- Siswoyo, Murtaqib, dan T. B. R. Sari. 2018. Terapi Suportif Meningkatkan Motivasi untuk Melakukan Operasi Katarak pada Pasien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*. 6(1): 118-124
- Smeltzer, S. C dan B. G. Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 3. Jakarta: EGC.
- Smirthwaite, G. dkk. 2016. Inequity in Waiting for Cataract Surgery – an Analysis of Data from the Swedish National Cataract Register. *International Journal for Equity in Health*. 15(10): 1-9.
- Soekardi, I. Dan J. A. Hutauruk. 2004. *Transisi Menuju Fakoemulsifikasi*. Jakarta: Granit.
- Srinayanti, Y. dkk. 2017. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Ciamis. *Motorik*. 12(24): 32 – 32.
- Stuart, G. W. 2013. *Buku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sugianto, A., Y. Olfah., dan Sugeng. 2016. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Tingkat Nyeri Pada Operasi Katarak Menggunakan Metode Phacoemulsifikasi Di Kamar Bedah Rumah Sakit Mata Dr. YAP Yogyakarta. *Jurnal Citra Keperawatan*. 1(1).
- Sugiyono. 2015. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

- Sumantri, A. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Suswanti. 2019. Hubungan pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di rs mata “dr. Yap” yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- Swarjana, I. K. 2012. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: ANDI.
- Syafei, A., dan Y. Suryadi. 2018. Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Qur’an Surat Ar-Rahman terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre-Operasi Katarak Senilis. *Jurnal Kesehatan*. 9(1): 126-130
- Townsend, M. C. 2009. *Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care in Evidence-Based Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Vaughan, D dan Asbury. 2018. *General Ophthalmology*. Diedit oleh P. R. Eva dan J. J. Augsburger. United state: McGraw-Hill Education, Inc.
- Vellyana, D. dkk. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Preoperative di RS Mitra Husada Pringsewu. *Jurnal Kesehatan*. 7(1): 108 – 113.
- Wagiran. 2019. *Metodologi penelitian pendidikan: Teori dan implementasi*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Wahyuni, S. A. 2015. Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak di rsd dr. Soebandi jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- WHO. 2019. Blindness and vision impairment prevention. <https://www.who.int/blindness/causes/priority/en/> [diakses pada 12 Juni 2019].
- Widi, R. K. 2018. *Menggelorakan penelitian: pengenalan dan penuntun pelaksanaan penelitian*. Yogyakarta: CV. Budi Utama.
- Yusuf, A. Dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zakariah M.F, Lai LL, dan Loh F.P. 2015. Validation Of The Malay Version OfThe Amsterdam Preoperative Anxiety And Information Scale (APAIS). *Malaysian Medical Association*. 70(4):1–7.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Informed

Kode Responden :

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan diawah ini:

Nama : Berril Kholif Arrohman
NIM : 162310101177
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jalan Mastrip Gg. VII No. 2 Jember

Bermaksud akan melakukan penelitian ini mengenai “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis bagaimana hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak. Manfaat dari penelitian ini untuk memberikan sarana peningkatan pengetahuan pasien terhadap komunikasi terapeutik perawat dan mengetahui tingkat kecemasan yang terjadi sehingga dalam penatalaksanaan katarak dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar. Prosedur penelitian membutuhkan waktu sekitar 15-20 menit untuk pengisian kuesioner yang akan diberikan oleh peneliti. Lembar kuesioner yang akan diberikan adalah lembar kuisisioner komunikasi terapeutik perawat menggunakan kuesioner komunikasi terapeutik perawat dan lembar kuisisioner skala tingkat kecemasan menggunakan skala HARS.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang dapat merugikan anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Apabila anda tidak bersedia menjadi responden maka tidak ada ancaman bagi anda dan keluarga. Apabila anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab semua pertanyaan yang saya sertakan. Atas kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, 2019

Berril Kholif Arrohman

Lampiran 2. Lembar Consent

Kode Responden :

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Berril Kholif Arrohman

NIM : 162310101177

Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis bagaimana hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak. Prosedur ini tidak menimbulkan dampak atau resiko apapun pada responden penelitian. Kerahasiaan akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah menerima penjelasan terkait hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan bertanya terkait hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan tepat.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut dalam penelitian ini sebagai responden.

Jember,.....2019

(.....)

Lampiran 3. Lembar Demografi

Kode Responden :



**KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN
KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE
OPERASI KATARAK**

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar (jangan dikosongi).
3. Pilihlah salah satu jawaban menurut Bapak/Ibu yang paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan memberikan tanda (✓) pada pilihan jawaban yang dipilih.

KARAKTERISTIK DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Lama terdiagnosa katarak :TahunBulan
4. Jenis Kelamin :
 - Laki- Laki
 - Perempuan
5. Pendidikan :

<input type="checkbox"/> Tidak tamat SD/ sederajat	<input type="checkbox"/> SLTA/ sederajat
<input type="checkbox"/> Tamat SD/ sederajat	<input type="checkbox"/> Akademi/ Perguruan Tinggi
<input type="checkbox"/> SLTP/ sederajat	<input type="checkbox"/> Lain- Lain
6. Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> Belum/ Tidak Bekerja	<input type="checkbox"/> Pedagang
<input type="checkbox"/> Mengurus Rumah Tangga	<input type="checkbox"/> Karyawan Swasta
<input type="checkbox"/> Petani	<input type="checkbox"/> PNS
<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> TNI/ POLRI
	<input type="checkbox"/> Lain- lain.

Lampiran 4. Lembar Kuesioner Komunikasi Terapeutik**KUESIONER KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT****Petunjuk Pengisian:**

1. Berilah jawaban pada setiap pertanyaan (jangan dikosongi)
2. Isilah tabel dibawah ini dengan tanda (✓) sesuai dengan penilaian anda terhadap perilaku perawat saat melakukan komunikasi terapeutik dengan anda.

No.	Pertanyaan	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
A. Fase Orientasi				
1.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat menyapa/tersenyum kepada Bapak/Ibu?			
2.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat memperkenalkan diri kepada Bapak/Ibu?			
3.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan kepada Bapak/Ibu?			
4.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat membuat kontrak waktu untuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan kepada Bapak/Ibu?			
5.	Apakah pada awal bertemu dengan Bapak/Ibu, perawat menjelaskan tujuan dari suatu tindakan kepada Bapak/Ibu?			
B. Fase Kerja				
6	Apakah perawat memberi kesempatan berdiskusi kepada Bapak/Ibu tentang penyakit dan tindakan operasi yang akan dilakukan kepada Bapak/Ibu?			
7	Apakah perawat menanyakan terkait penyebab kecemasan (prosedur operasi dan anastesi) yang dirasakan Bapak/Ibu?			

8	Apakah dalam melakukan komunikasi terapeutik, perawat berupaya menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan percaya diri Bapak/Ibu?			
9	Apakah dalam melakukan tindakan keperawatan, perawat selalu memperhatikan keadaan Bapak/Ibu?			
10	Apakah dalam melakukan komunikasi terapeutik, perawat berupaya mengatasi kecemasan Bapak/Ibu ?			
C. Fase Terminasi				
11	Apakah perawat menyimpulkan informasi yang telah disampaikan kepada Bapak/Ibu?			
12	Apakah perawat menanyakan bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah mendapat informasi terkait penyakit yang Bapak/Ibu alami?			
13	Apakah perawat memberikan saran kepada Bapak/Ibu, tentang tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap keadaan kesehatan Bapak/Ibu?			
14	Apakah perawat membuat kesepakatan dengan Bapak/Ibu, yaitu menentukan waktu selanjutnya melakukan percakapan?			
15	Apakah perawat menawarkan topik yang akan dibicarakan dengan Bapak/Ibu pada kunjungan perawat selanjutnya?			

Lampiran 5. Lembar Kuesioner *Amsterdam Preoperative Anxiety Information Scale* (APAIS)

Kuesioner Kecemasan

Petunjuk Pengisian:

3. Berilah jawaban pada setiap pertanyaan (jangan dikosongi)
4. Isilah tabel dibawah ini dengan tanda (✓) sesuai dengan kondisi yang Anda rasakan saat ini, dengan pilihan sebagai berikut :

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

R : Ragu-Ragu

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No.	Pertanyaan	STS	TS	R	S	SS
1.	Saya Khawatir tentang prosedur pembiusan saya					
2.	Prosedur pembiusan selalu berada di pikiran saya					
3.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang prosedur pembiusan saya					
4.	Saya khawatir tentang prosedur operasi saya					
5.	Prosedur operasi selalu berada di pikiran saya					
6.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang prosedur operasi saya					

Sumber: Firdaus (2014)

Lampiran 6. Lembar Perizinan Kuesioner

The screenshot shows an email inbox interface. At the top, there is a search bar with the text "Telusuri email". Below the search bar is a toolbar with various icons for email actions. The main content area displays three email messages. The first message is from Berril Kholif Arrohman to devishint@gmail.com, dated 13.02 (4 jam yang lalu). The subject is "Permohonan izin menggunakan kuesioner". The body of the email asks for permission to use a questionnaire for a research paper. The second message is from devi58 shintana to "saya", dated 13.21 (4 jam yang lalu). The body of the email responds positively, providing a link to the repository and offering to provide the questionnaire. The third message is from Berril Kholif Arrohman, dated 13.25 (4 jam yang lalu), with the subject "Baik kak terimakasih atas izin dan doanya. Semoga kakak semakin sukses kedepannya".

Telusuri email

1 dari 127

Permohonan izin menggunakan kuesioner Kotak Masuk x

Berril Kholif Arrohman <arohmanb@gmail.com> kepada devishint@gmail.com 13.02 (4 jam yang lalu)

Selamat siang, maaf mengganggu waktunya, saya Berril Kholif Arrohman dari Keperawatan universitas jember, apakah benar kakak yang menyusun skripsi yang berjudul "Hubungan pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik terhadap perilaku perawat saat berkomunikasi dengan pasien di rumah sakit umum daerah Dr. Pringadi kota medan"? Jika benar apakah saya boleh menggunakan kuesioner komunikasi terpaeutik yang ada di dalam skripsi kakak? Terimakasih

devi58 shintana kepada saya 13.21 (4 jam yang lalu)

Selamat siang dik, benar saya yang menyusun skripsi dengan judul tersebut diatas. Silahkan digunakan dik. Boleh akses di <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/37827>
Kuisisionernya ada di bagian appendix.
Silahkan terakan sumber nya dalam daftar pustaka adik nanti.
Selamat mengerjakan dik, semoga bermanfaat, lancar dan sukses untuk pengerjaannya.
Terima kasih sudah meminta izin terlebih dahulu.
Salam.
Devi Shintana Octaris Sigalingging, S.Kep, Ns

Berril Kholif Arrohman 13.25 (4 jam yang lalu)

Baik kak terimakasih atas izin dan doanya. Semoga kakak semakin sukses kedepannya

Lampiran 7. Lembar Studi Pendahuluan Literatur



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT KETERANGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Dosen Pembimbing Utama , menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember:

Nama : Berril Kholif Arrohman
NIM : 162310101177
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan studi pendahuluan literatur untuk menyusun skripsi dengan judul **“Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember”**

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, September 2019
Dosen Pembimbing Utama

Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.
NIP: 19800412 200604 1 002

Lampiran 8. Ijin Etik Peneliti



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
 FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER
 (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH
 FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)

ETHIC COMMITTEE APPROVAL

No.723/UN25.8/KEPK/DL/2019

Title of research protocol : "The Correlation Between Nursing Therapeutic Communication and Anxiety Levels of Cataract Pre-Operation Patients in Baladhika Husada Grade III Hospital Jember"

Document Approved : Research Protocol

Principal investigator : Berril Kholif Arrohman

Member of research : 1. NS. Siswoyo, S.Kep.,M.Kep
 2. Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB


Responsible Physician : Berril Kholif Arrohman


Date of approval : Desember 2019- Januari 2020

Place of research : Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, December 10th 2019

Dean of Faculty of Dentistry
 Universitas Jember

 (drg. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros.)

Person of Research Ethics Committee
 of Dentistry Universitas Jember

 (drg. I Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)

Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 15 Januari 2020

Nomor : B / 043 / 11/2020
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Kepada

Yth. Ketua Lembaga Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat
Universitas Jember

di

Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember nomor 5263/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 31 Desember 2019 tentang permohonan ijin penelitian.
2. Sehubungan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa Rumkit Tk. III Baladhika Husada memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember atas nama:
 - a. nama : Berril Kholif Arrohman
 - b. nim : 162310101177
 - c. institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 - d. alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
 - e. judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
 - f. waktu : 2 bulan (02 Januari 2020 s.d 28 Februari 2020)
3. Demikian mohon dimaklumi.

Tembusan :

1. Kakesdam V/Brawijaya.
2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaurtuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
4. Ketua Timkordik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.

Karumkit Tk. III Baladhika Husada

dr. Maksud Pandelima, Sp.OT
Letnan Kolonel Ckm NRP 11950008540771

Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
 RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 17 Maret 2020

Nomor : B 1192 /III/2020
 Klasifikasi : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Keterangan selesai penelitian

Kepada

Yth. Ketua Lembaga Penelitian dan
 Pengabdian Masyarakat
 Universitas Jember

di

Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Jember nomor 5263/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 31 Desember 2019 tentang permohonan ijin penelitian.
2. Sehubungan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini telah selesai melaksanakan penelitian di Rumkit Tk. III 05.06.02 Baladhika Husada atas nama :
 - a. nama : Berril Kholif Arrohman
 - b. nim : 162310101177
 - c. institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 - d. alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
 - e. judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
 - f. waktu : 2 bulan (02 Januari 2020 s.d 28 Februari 2020)
3. Demikian mohon dimaklumi.

Kepala
 III Baladhika Husada
 Dr. Mardiana Pandelima, Sp.OT
 Letnan Kolonel Ckm NRP 11950008540771



Tembusan :

1. Kakesdam V/Brawijaya.
2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaurtuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
4. Ketua Timkordik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.

Lampiran 11. Analisa Data

a. Demografi

Statistics

	Usia	Lama Katarak
N Valid	98	98
Missing	0	0
Mean	61,84	12,59
Std. Deviation	7,772	11,288
Minimum	39	1
Maximum	83	60

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki - laki	41	41,8	41,8	41,8
Valid Perempuan	57	58,2	58,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Tamat SD / Sederajat	10	10,2	10,2	10,2
Tamat SD / Sederajat	33	33,7	33,7	43,9
Valid SLTP / Sederajat	24	24,5	24,5	68,4
SLTA / Sederajat	20	20,4	20,4	88,8
Akademi / Perguruan Tinggi	11	11,2	11,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Belum / Tidak Bekerja	26	26,5	26,5	26,5
Mengurus Rumah Tangga	8	8,2	8,2	34,7
Petani	22	22,4	22,4	57,1
Wiraswasta	22	22,4	22,4	79,6
Valid Pedagang	1	1,0	1,0	80,6
Karyawan swasta	2	2,0	2,0	82,7
PNS	6	6,1	6,1	88,8
Lain-lain	11	11,2	11,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

b. Komunikasi Terapeutik**Komunikasi Terapeutik Perawat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	8	8,2	8,2	8,2
Cukup	31	31,6	31,6	39,8
Baik	59	60,2	60,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fase Orientasi	,301	98	,000	,863	98	,000
Fase Kerja	,209	98	,000	,907	98	,000
Fase Terminasi	,255	98	,000	,871	98	,000

Statistics

	Fase Orientasi	Fase Kerja	Fase Terminasi
N Valid	98	98	98
Missing	0	0	0
Median	12,00	12,00	12,00
Minimum	6	7	6
Maximum	14	15	14

Fase orientasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	39	39,8	39,8	39,8
Baik	59	60,2	60,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fase kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	38	38,8	38,8	38,8
Baik	60	61,2	61,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fase terminasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kurang Baik	39	39,8	39,8	39,8
Valid Baik	59	60,2	60,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

c. Kecemasan Pasien**Kecemasan Pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ringan	55	56,1	56,1	56,1
Valid Sedang	29	29,6	29,6	85,7
Berat	14	14,3	14,3	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kecemasan Anastesi	,235	98	,000	,878	98	,000
Kecemasan Operasi	,231	98	,000	,857	98	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Statistics

	Kecemasan Anastesi	Kecemasan Operasi
N Valid	98	98
Missing	0	0
Median	6,00	7,00
Minimum	3	4
Maximum	14	15

Kecemasan_anastesi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Berat	27	27,6	27,6	27,6
Valid Ringan	71	72,4	72,4	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Kecemasan_Operasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Berat	47	48,0	48,0	48,0
Valid Ringan	51	52,0	52,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

d. Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kecemasan Pasien

Komunikasi Terapeutik Perawat * Kecemasan Pasien Crosstabulation

Count

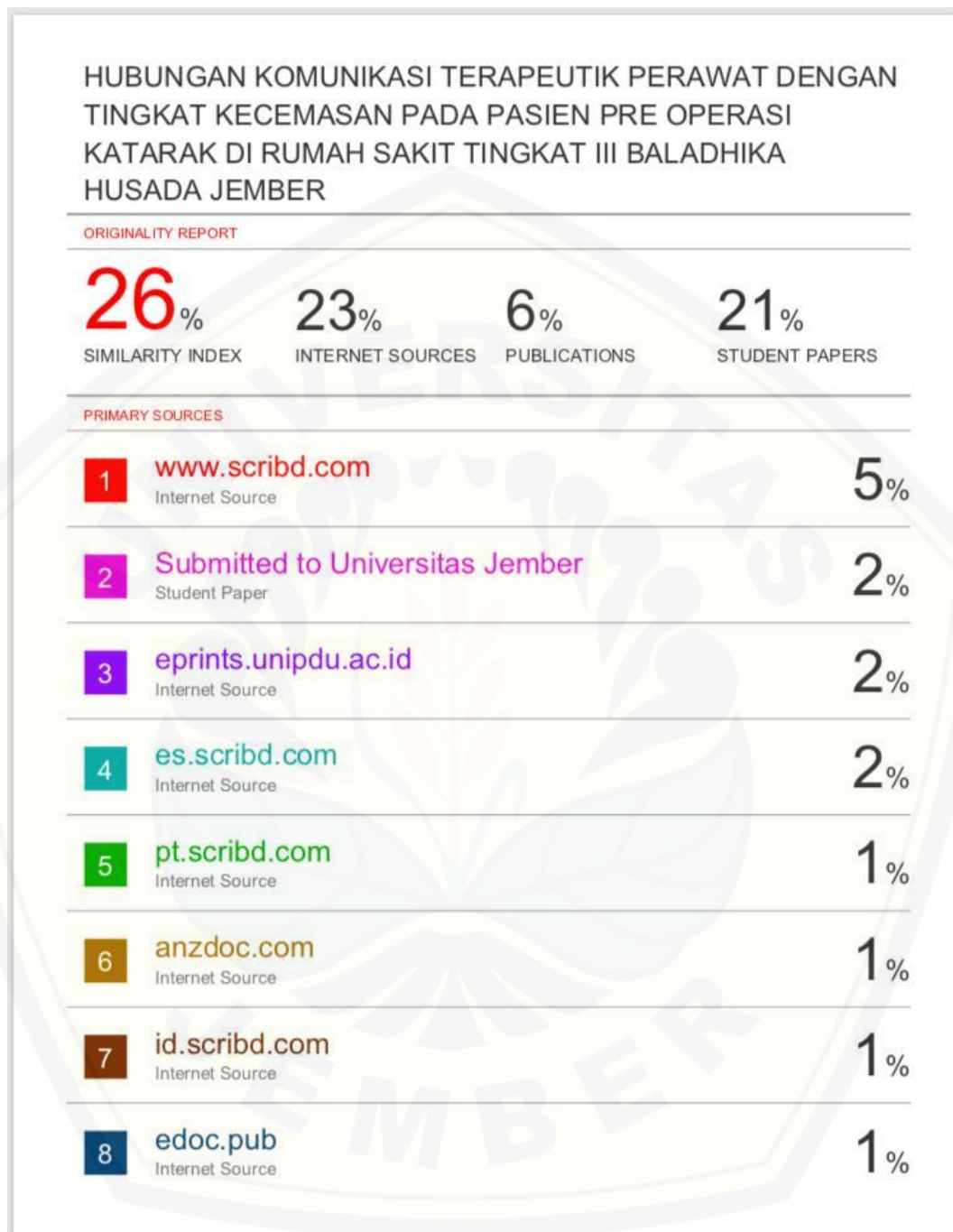
		Kecemasan Pasien			Total
		Ringan	Sedang	Berat	
Komunikasi Terapeutik Perawat	Kurang	0	2	6	8
	Cukup	6	19	6	31
	Baik	49	8	2	59
Total		55	29	14	98

Correlations

		Komunikasi Terapeutik Perawat	Kecemasan Pasien
Spearman's rho	Komunikasi Terapeutik Perawat	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	98
	Kecemasan Pasien	Correlation Coefficient	-,693**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	98

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 12. Lembar Hasil Turnitin








Lampiran 13. Lembar Bimbingan DPU

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Berril Kholif Arrohman

NIM : 162310101177

Dosen Pembimbing I : Ns. Siswoyo, S. Kep., M. Kep.





Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
27 Agustus 2019	- <i>judul</i>	- <i>acc. judul</i>	
3 September 2019	- <i>Bk I</i> - <i>L B</i>	- <i>revisi</i> - <i>lept B I s.d IV</i>	
13 September 2019	- <i>Bk I - III</i>	- <i>lept s.d Bk IV</i> - <i>semua hal</i>	
17 September 2019	- <i>Bk I - IV</i>	- <i>Permp. Kem</i> - <i>ang. dp</i> - <i>kur</i> - <i>akal lg.</i>	
29 sept. 2019.	- <i>Bk I - IV</i>	- <i>Acc. Sempr</i> - <i>Drach. Typo.</i> - <i>ke DPA</i>	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Berril Kholif Arrohman

NIM : 162310101177

Dosen Pembimbing I : Ns. Siswoyo, S. Kep., M. Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
31/3 2020	Konsultasi Hasil Penelitian	-Gunakan nilai cut off point untuk penilaian indikator Komunikasi terapeutik -variabel tingkat kecemasan sajikan dalam bentuk data kategorik saja -perbaiki typing error	
02/04 2020	Konsultasi BAB 5	-karakteristik usia responden sajikan dalam bentuk data numerik -tambahkan literatur jurnal internasional -perbaiki typing error	
10/04 2020	Konsultasi Bab 5 dan Bab 6	Konsul ke DPA Persiapkan Sidang Daring	
29/4 2020	Konsultasi File skripsi Lengkap	Perbaiki Abstrak Acc. Sidang Hasil Konsul ke DPA Persiapkan Sidang Daring	




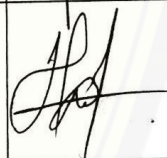
Lampiran 14. Lembar Bimbingan DPA

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Berril Kholif Arrohman

NIM : 162310101177

Dosen Pembimbing II : Ns. Mulia Hakam, M. Kep., Sp. Kep. MB




Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
29/9/19	BAB I - <u>II</u>	- bab number - kasa Aler → prep - pelap bab II	
4/10/19	BAB I - <u>II</u>	- uji - instrum HEM HES - A	
15/10/19	BAB I - <u>IV</u>	- Uji Tutuhtu	
30/10/2019	Acc Skripsi		

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Berril Kholif Arrohman

NIM : 162310101177

Dosen Pembimbing II : Ns. Mulia Hakam, M. Kep., Sp. Kep. MB

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
5/5 2020	Konsultasi Hasil Penelitian serta Bab 4-6	-Bahasa proposal diganti -cek typing error - tambahkan sesuai kejadian real selama penelitian di pengolahan data dan etik -indikator kecemasan APAIS -pembahasan lama katarak - alasan tahap komter beda dengan stuart (hanya diambil 3 fase saja)	
8/5 2020	Konsultasi Draft Skripsi Lengkap	-Pengkategorian indikator APAIS -Cek Typing Error	
15/5	Revisi Draft Skripsi Lengkap	Silahkan Turnitin Persiapkan Sidang Acc. Sidang Hasil	

Lampiran 15. Dokumentasi

